LA SALUD PUBLICA

Jose Royol

nuestra tierra 48

nuestra tierra 48

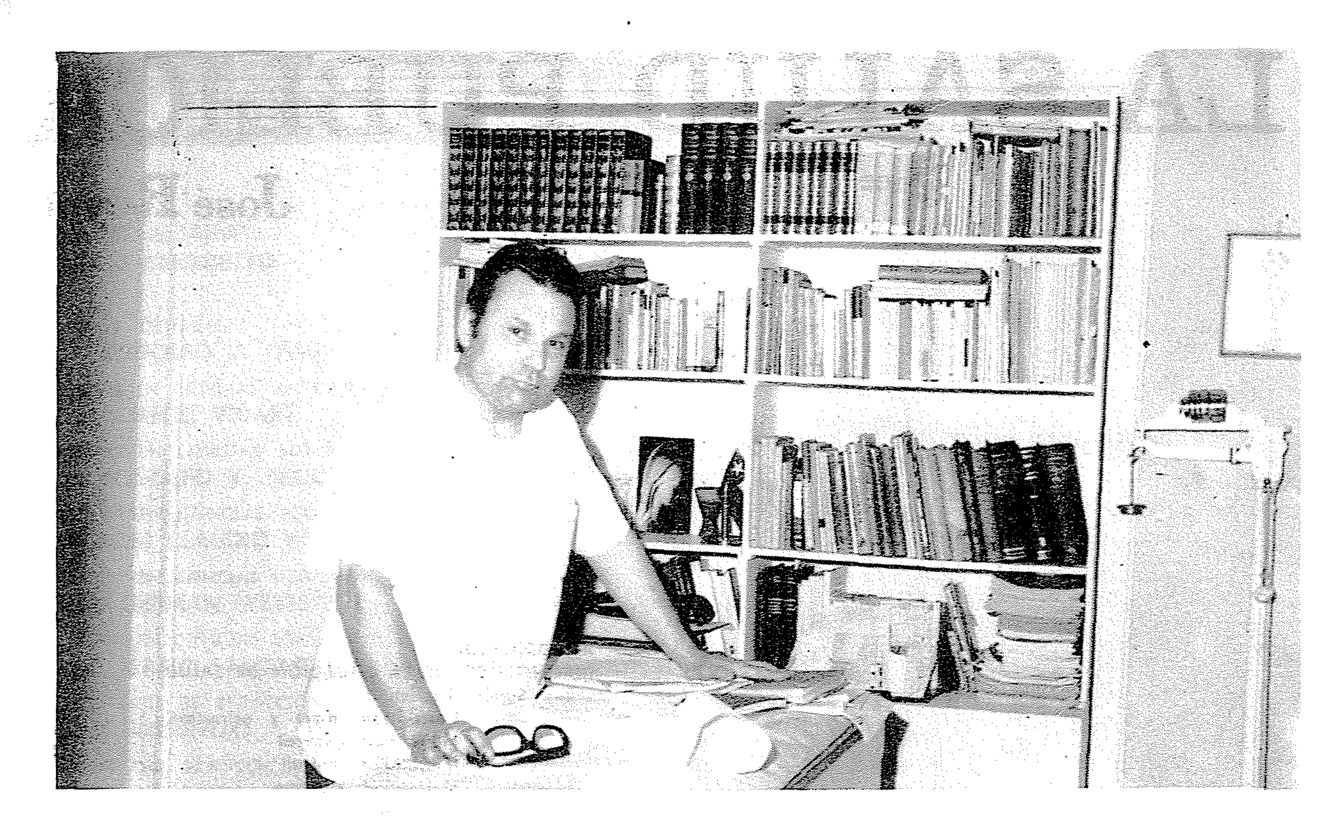
Distribuidor general: ALBE Soc. Com., Cerrito 566, esc. 2, tel. 8 56 92, Montevideo. Distribuidor para el interior, quioscos y venta callejera: Distribuidora Uruguaya de Diarios y Revistas, Ciudadela 1424, tel. 8 51 55, Montevideo.

El autor agradece la invalorable ayuda recibida de la Sra. Francisca Cardozo de Ruiz y de los señores Nelson Larrosa, Carmelo Bremermann y Gilson Carvalho.

LA SALUD PUBLICA

José Royol

INTRODUCCIÓN 4
DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD 6
Sujeto del estudio 8
Descripción: nivel y estructura 9
Mortalidad general 9
Mortalidad infantil 12
Mortalidad materna 17
Morbilidad 17
Los factores condicionantes 20
Susceptibilidad 21
Algunos índices demográficos 22
Medio ambiente 24
La salud en la doctrina y en la práctica 31
Política de salud 33
Recursos humanos 34
Recursos materiales 35
Recursos institucionales 37
Recursos financieros 42
Síntesis del diagnóstico 44
TRATAMIENTO A LA SITUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO 46
Conceptos generales 46
Doctrina, ideología y política de salud 48
El Seguro Nacional de Salud 50
Antecedentes 55
La medicina socializada 57
CONCLUSIONES 58
Bibliografía 60



JOSÉ E. I. ROYOL. Nació en la ciudad de Rivera el 30 de setiembre de 1924. Es médico pediatra; realizó su formación en esta especialidad en nuestro país con los profesores Peluffo, Negro y Ramón-Guerra; posteriormente en París con el profesor Mozziconacci, y con el profesor Meneghello en Chile. En este último país obtuvo en 1968 la Licenciatura en Salud Pública —equivalente al "Master of Public Health" de los países sajones— y realizó estudios de administración y en problemas de salud materno-infantil. Fue ayudante de clase de la Cátedra de Parasitología de nuestra Facultad de Medicina, donde integró el equipo que, con Tálice, Gurri y Pérez Moreira, hizo los primeros estudios sobre toxoplasmosis en el país. En 1969 fue Colaborador Especializado de la Cátedra de Clínica Pediátrica y Puericultura, con tareas de coordinación en administración y en un programa de docencia en salud materno-infantil; ese mismo año desempeñó la Dirección Adjunta del Hospital Pereira Rossell, a cargo de su sector pediátrico. Actualmente ejerce nuevamente en su ciudad natal, donde es médico pediatra del Centro de Salud. Ha presentado 16 trabajos científicos sobre temas de Pediatría, Salud Pública y Parasitología.

"Sean de origen africano, amerindio, europeo u oriental, y cualquiera que sea la complejidad de las mezclas étnicas de que estén constituidas, las poblaciones humanas suelen adquirir el conjunto de enfermedades que caracteriza a la región geográfica y al grupo social en que nacieron y viven. Desde el punto de vista médico, el hombre es en general más el producto de su ambiente que de su dotación genética. No es la raza lo que determina la salud, sino las condiciones de su vida.

Independientemente del origen étnico y del clima, la incidencia de la mayoría de las enfermedades de la nutrición, las infecciosas y aun las degenerativas, se halla estrechamente relacionada con la situación económica. En verdad, los factores sociales tienen una importancia tan evidente en la causalidad y el control de las enfermedades, que muchos sociólogos y aun investigadores médicos se inclinan a creer que las reformas políticas y sociales son el recurso más promisorio para mejorar la salud de las poblaciones menesterosas.

Permítaseme expresar aquí mi convicción muy profunda de que la magnitud del progreso de la salud que se obtiene construyendo hospitales ultramodernos con equipos flamantes, probablemente es trivial en comparación con los resultados que pueden obtenerse a un costo muy inferior, proporcionando a todos los niños una alimentación bien equilibrada, buenas condiciones sanitarias y un ambiente estimulante. Inútil es decir que la aceptación de esta tesis implicaría cambios profundos en las pautas médico-sociales y afectaría también la selección de problemas en la investigación científica."

René Dubos
en "El hombre y su ambiente"

INTRODUCCION

Es evidente que no se necesitan conocimientos científicos para entender que el estado de salud es esencial para vivir. Lo curioso es que aún mucha gente no vea —o no quiera ver— que los factores condicionantes de ese estado de salud no se dan frecuentemente en el mundo, lo que da como consecuencia que el vivir se transforme en un simple transcurrir, impidiendo la realización plena e integral del individuo como persona, en la sociedad en que está inserto. El solo hecho de que las dos terceras partes de la humanidad padezcan alguna forma de desnutrición —y por tanto de hambre— es un ejemplo simple y terrible de lo afirmado antes.

En nuestro país los problemas de salud como necesidad colectiva no habían preocupado mucho a los uruguayos; la verdad es que hasta la década de los años cincuenta, cuando Uruguay aún mantenía una situación que bien podía calificarse de privilegiada, el nivel de salud también era un componente de aquel bienestar general. Ante la enfermedad, la sola responsabilidad individual era capaz de dar cobertura adecuada a la población; la Constitución de la República, en su artículo 44, da a esa responsabilidad humana carácter de obligación social, al afirmar que "Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad", y deja señalado que "El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes".

Fue sólo a partir del momento en que se agudizaron las contradicciones de nuestro sistema de vida y empezaron nuestras dificultades, que la situación de salud entró en un deterioro progresivo; el sistema de contrato individual en la prestación de asistencia médica llegó a la saturación, y ese problema pasó también a ser un problema de todos. Sucede que el drama es la expresión de una crisis

total del sistema socio-político-económico que nos rige, porque si antes la geografía, la historia y hasta nuestra misma mentalidad, permitieron el pasaje casi insensible de la vida colonial a la independencia política —así como a ese fenómeno paralelo de la dependencia socio-cultural—, ahora nuestra inserción en América Latina, en el Tercer Mundo, es un proceso irreversible. Ya no podemos volver atrás, ya terminó la "belle époque", un cambio estructural profundo empieza a perfilarse en el horizonte; de ahí que sea necesario —imprescindible—, en esta etapa, conocer lo mejor posible la realidad actual, para que, llegado el momento, podamos consolidar el inevitable cambio con las mejores pautas técnico-científicas.

Las páginas que siguen tienen el propósito de mostrar la realidad del sector salud en el "aquí y ahora" del Uruguay; con el mejor conocimiento de tan importante condicionante del vivir, tendremos más y mejores instrumentos para aquel cambio, podremos "meter un poco más el hombro" en el proceso del ascenso humano universal —de todo el hombre y de todos los hombres, como quería Lebret—, de manera de lograr que ese vivir sea la más hermosa aventura humana, la más libre y consciente, la más solidaria y fraterna.

El hombre uruguayo vive hoy un proceso de inserción total en los niveles de vida de América Latina.



DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD

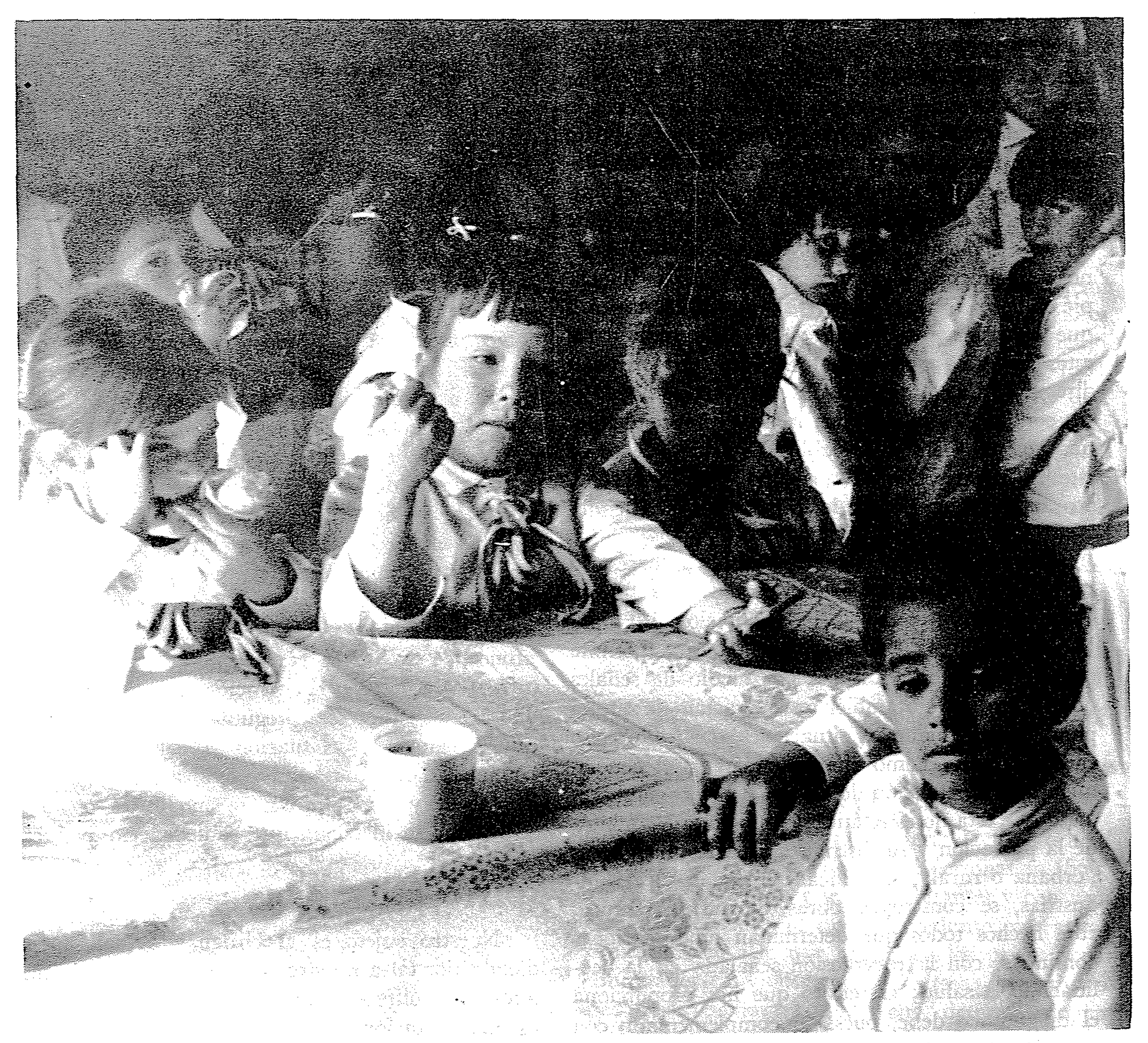
CONCEPTOS GENERALES

El diagnóstico (del griego: *dia* = separación, *gnosis* = conocer), es el proceso que permite conocer, separándolos por el análisis, los diferentes componentes de un sujeto en estudio. Ahora bien, esto exige:

—definir el sujeto;
—describir sus componentes;
—explicar lo que surge de la descripción; y luego,
—expresar la realidad presente en una síntesis final.

Eso es lo que hace el médico ante un paciente —sano o enfermo— y es, por analogía, lo que hacen el planificador, el economista, el educador, el sanitarista (especialista en salud pública), y en general todos aquellos que se ocupan de conocer una realidad para modificarla —tratarla— si dicho diagnóstico así lo indica.

Para el sector salud, el SUJETO es la propia comunidad considerada como un todo, ya se trate de un país, una región o una localidad. La DESCRIPCIÓN se refiere al llamado *nivel y estructura* de la salud, a través de los cuales se intenta medir, cuantificar, la "cantidad de salud" existente en un área determinada. Para ello hay indicadores positivos y negativos; están entre los primeros la *expectativa de vida al nacer* y *la capacidad potencial de producción,* difíciles de manejar porque exigen información estadística muy precisa así como la elaboración de tablas de vida para cada área, lo que en la práctica no puede lograrse siempre; de ahí que en la etapa actual de la tecnología administrativa se usen los indicadores negativos, que medirían una imagen en espejo de la "cantidad de salud" existente: éstos son *la mortalidad y la morbilidad,* con lo que se tiene un conocimiento de los que mueren y de los que enferman. Pero en este rubro se indica también la estructura, es decir, las causas de muerte



En el "modelo" nacional para un estado de salud adecuado, los problemas de la niñez deberán tener prioritario tratamiento y solución.

y de enfermedad que se dan en dicha comunidad. La EXPLICACIÓN pone de relieve los llamados *factores condicionantes* de esa situación presente, por lo que es necesario tener un conocimiento adecuado de la *susceptibilidad* de los diferentes grupos etarios (grupos de edades) con respecto a los diferentes daños: la pirámide de edades del área debe ser examinada entonces con detención; se debe tener presente el *medio ambiente* (físico-telúrico, biológico y humano); finalmente, la explicación debe hacer hincapié en *la doctrina, la ideología y la política* de salud que existe en ese momento. Es obvio que todos estos factores condicionantes tienen una relación directa con los componentes del nivel de vida y sus condiciones básicas, con lo cual comprendemos, una vez más, la rígida y obligada unidad de todos estos elementos. Por último, la SÍNTESIS FINAL nos da una idea global de lo que está sucediendo.

Como apéndice del diagnóstico, es necesario establecer un *pronóstico* (del griego: *pro* = delante, *gnosis* = conocer) de la situación de salud. El pronóstico se refiere al proceso que permite conocer situaciones futuras por medio de señales observadas antes; también es operación de rutina para los que manejan situaciones que es preciso cambiar. Surge como una necesidad en el conocimiento de la situación de salud de una comunidad, dado que ésta no es estática: cambian la estructura de la población y su distribución en distintas áreas (urbana o rural), se edifican viviendas, surgen industrias, se construyen obras de infraestructura, etc., hechos todos que determinan modificaciones continuas, con la repercusión señalada en la realidad de la salud; el retrato que nos proporciona el diagnóstico debe, pues, ser complementado con la previsión de lo que sucederá en el futuro. Pero además el pronóstico nos permite evaluar los efectos de las acciones emprendidas, por comparación entre la tendencia pronosticada si se mantiene la situación actual, y la tendencia que se observaría si se hubiese cambiado la situación con otras o con más acciones de salud, encaradas según otros criterios. Por eso, para establecer el pronóstico se requiere definir un "modelo" a lograr, es decir, expresar en forma cuantitativa lo que puede ocurrir en los componentes de la situación si se actúa sobre uno o más de tales componentes y de acuerdo con la forma en que se realice esa acción; como es lógico, esta conducta facilita enormemente la toma de decisiones. En la elaboración de nuestro modelo, podríamos prever cómo la extrapolación calificada de las tendencias de las tasas de mortalidad y morbilidad, por ejemplo, se confirma realmente con los cambios de población, los proyectos de instalación de servicios como hospitales, acueductos, viviendas, o por los efectos del aumento del ingreso real por habitante, el aumento de la escolaridad o la mejoría en la disponibilidad de alimentos y por tanto del estado nutritivo de los habitantes. El pronóstico, en definitiva, nos permite mirar al futuro para después evaluar mejor, pero obligándonos ahora a hacernos esta pregunta: ¿qué es probable que le ocurra a la situación de salud de nuestra comunidad en estudio si se modifica o no la política de salud, y por tanto si se modifican o no la doctrina y la ideología que sostienen esa política?

SUJETO DEL ESTUDIO

Nuestro sujeto es el Uruguay actual, entendiendo por tal a nuestro país visto en estos últimos años. Esta última —una visión de algunos años— es una condición importante, pues la metodología seguida necesita ese examen retrospectivo para poder fijar un diagnóstico y esbozar un pronóstico.



Una elevada esperanza de vida, pero todavía lejos de las metas establecidas hace una década.

Es necesario aclarar que eso lo intentaremos con los datos disponibles, no siempre completos o actualizados a 1969.

DESCRIPCION: NIVEL Y ESTRUCTURA

La *expectativa de vida al nacer* es elevada en el Uruguay: según datos de 1963, llega a 68,7 años como promedio para los dos sexos —67,9 para el hombre y 73,1 para la mujer—, pero la situación presenta un problema real en los últimos años, puesto que dicho indicador no ha seguido mejorando. Efectivamente, para el período 1949-1951, la expectativa de vida al nacimiento era de 68,8 años. La explicación radica en que las tasas de mortalidad de los grupos de edades más avanzadas aumentaron, lo que atenuó el efecto de la reducción experimentada en la mortalidad de los grupos más jóvenes. Este indicador nos aproxima a la situación de los países más adelantados (Canadá: 72,0; Estados Unidos: 70,5), pero su estancamiento es un síntoma grave. Recordemos que una de las metas de la Carta de Punta del Este era el aumento de cinco años en este rubro para la década 1961-1971, y no existen evidencias de que ese objetivo se haya alcanzado.

MORTALIDAD GENERAL

La *mortalidad general,* es decir la que ocurre en todas las edades, fue de 26.484 personas en 1967, con una tasa de 9,5 por mil habitantes y con una estructura (cuadro 1) que, en conjunto, nos aproxima también a lo que sucede en los países ricos. (En estadísticas vitales se usan las tasas como modo más preciso de mostrar un "hecho" determinado, en relación con el "universo" en el cual ocurre; revelan el riesgo de que tal hecho suceda. Respecto de la mortalidad, significa el riesgo de morir *—he-*

cho— de la población del área en estudio *—universo considerado—*; se expresan habitualmente por mil o por cien mil.) Resulta de interés comparar la tasa y la estructura referidas con lo que sucedió en nuestro país una generación antes: en 1943, la tasa era prácticamente la misma (9,4 por mil), pero la estructura era diferente (cuadro 2), pareciéndose más a lo que se ve hoy en los países con muy bajo nivel de desarrollo: en todos estos años ha habido un desplazamiento de las causas de muerte desde las enfermedades infecciosas a las enfermedades degenerativas. Pero por otra parte, si examinamos los datos del cuadro referido a los últimos años, vemos que esa estructura de la mortalidad permanece prácticamente igual (cuadro 3) y sin diferencias significativas en los valores de las diferentes tasas, excepto para la tuberculosis —en un primer momento baja, para quedar después estacionada— y para las lesiones vasculares del sistema nervioso central, que aumentan en forma sostenida todos los años. Llama la atención lo elevado del rubro de las causas desconocidas y mal definidas, por lo que implica de seria responsabilidad de parte de los médicos cuando hacen el certificado de defunción y deben explicitar las causas del deceso, así como la no menos seria responsabilidad de los organismos oficiales de salud, que no imple-

CUADRO 1

Mortalidad General — Diez primeras causas
Uruguay, 1967

	Número muertes	% del total	Tasa por 100.000
Total de defunciones	26.484	100.0	9.5 (*)
1. Enfermedades cardiovasculares	6.838	25.8	244.2
2. Cáncer y otros tumores malignos	5.244	19.8	187.3
3. Lesiones vasculares del sistema nervioso central	3.312	12.5	118.3
4. Accidentes	975	3.7	34.8
5. Bronquitis y Neumonía	757	2.9	27.0
6. Diabetes	597	2.3	21.3
7. Gastroenteritis y colitis	397	1.5	14.2
8. Tuberculosis	339	1.3	12.1
9. Suicidios	287	1.1	10.2
10. Malformaciones congénitas	258	1.0	9.2
Causas desconocidas y mal definidas	1.674	6.3	59.8

(*) Tasa por mil habitantes.
Fuente: Depart. de Estadística - Ministerio de Salud Pública.

CUADRO 2

Mortalidad General — Diez primeras causas
Uruguay, 1943

	Número muertes	% del total	Tasa por 100.000
Total de defunciones	20.680	100.0	9.4 (*)
1. Tuberculosis	2.631	12.7	119.9
2. Enfermedades Cardioculares	2.536	12.3	114.7
3. Cáncer y otros tumores malignos	2.436	11.8	110.2
4. Bronquitis y Neumonía	1.324	6.4	59.9
5. Lesiones vasculares del sistema nervioso central	1.321	6.4	59.7
6. Gastroenteritis y colitis	1.043	5.0	47.2
7. Nefritis	663	3.2	30.0
8. Accidentes	596	2.9	27.0
9. Tifoidea	393	1.9	17.8
10. Debilidad congénita	352	1.7	15.9
Causas desconocidas y mal definidas	2.522	12.2	114.1

(*) Tasa por mil habitantes.
Fuente: Depart. de Estadística - Ministerio de Salud Pública.

mentan en tiempo oportuno las necesarias y urgentes acciones de educación y adiestramiento en servicio, para atenuar al máximo la magnitud del problema.

Esta persistencia en la estructura y en la tasa de la mortalidad revela una persistencia en las situaciones causales que, según las estimaciones que hemos realizado, se mantienen también desde 1967 hasta ahora. Esto significa que hay un número absoluto de fallecidos que va en aumento año a año, lo cual es lógico, puesto que la población aumenta también, pero que expresa el aumento de la demanda de los servicios médicos y en consecuencia una mayor asignación de recursos al sector. Pero lo más complejo del asunto es que significa un retroceso real en la atención médica, puesto que está suficientemente demostrado que en esta materia, cada vez que un país se estanca, en realidad retrocede.

Nuestro país tiene un elevado porcentaje de certificación de defunciones realizada por médico (98 %); ese hecho, altamente positivo por lo que señala como logro administrativo, implica por otra parte una nota insólita frente a las cifras tan abultadas a que alcanzan las causas desconocidas y mal definidas.

En términos generales, el análisis de la mortalidad general en nuestro país muestra cifras bajas y con muy pocas diferencias entre las diversas zonas del territorio nacional —detalle que no ana-

CUADRO 3

MORTALIDAD GENERAL — PRINCIPALES CAUSAS
Tasas comparativas en cinco años recientes (*)

	1963	1964	1965	1966	1967
Total de defunciones (**)	9.1	9.0	9.1	9.0	9.5
Enfermedades cardiovasculares	225.5	234.6	257.1	243.2	244.2
Cáncer y otros tumores malignos	184.7	181.1	181.1	183.2	187.3
Lesiones vasculares del S. N. C.	101.6	105.6	107.3	108.9	118.3
Accidentes	38.2	39.1	38.6	36.6	34.8
Bronquitis y neumonía	30.3	29.5	30.0	27.2	27.0
Diabetes	18.3	18.0	18.5	20.0	21.3
Tuberculosis	17.6	14.1	13.5	11.2	12.1
Gastroenteritis y colitis	13.0	12.3	14.1	12.0	14.2
Gripe o influenza	13.0	—	—	—	—
Suicidio	10.5	8.7	11.2	10.9	10.2
Malformaciones congénitas	—	9.9	9.7	8.9	9.2
Causas desconocidas y mal definidas	55.7	55.4	56.7	55.4	59.8

(*) Tasas por 100.000 habitantes.
(**) Tasas por 1.000 habitantes.
(—) No figuró entre las diez primeras causas.
Fuente: Depart. de Estadística — Ministerio de Salud Pública.

lizaremos—, con la sola excepción del departamento de Rivera, donde muere una persona más por cada mil habitantes que en el resto del país. Esto nos coloca en una posición de real privilegio respecto de otros países, al tiempo que nos informa de los evidentes progresos y esfuerzos que se realizaron en el Uruguay en épocas pasadas, así como el serio descenso que hoy experimentamos. Una vez más, y también en este sector, el deterioro muestra su carácter estructural y no sólo coyuntural.

En relación con otros países, como decíamos, el Uruguay está en posición de privilegio, pues las cifras oscilan entre 9 y 13 por mil para América del Norte y Europa por un lado, y 25-30 y 28-32 por mil para África y Asia por otro lado; América Latina en conjunto presenta una tasa de 17 por mil. Todas estas cifras corresponden a años alrededor de 1961. Como veremos después, la mortalidad general es un indicador de poca precisión para establecer comparaciones a nivel internacional, dado que la estructura de edades de los diferentes países no es homogénea; eso determina que, en los países jóvenes —los países subdesarrollados—, donde la mayoría de la población está concentrada en las edades cuyo riesgo de morir es menor, la tasa baje correlativamente; de ahí que, para obviar esta imprecisión, se usan en determinadas tareas de estadística las llamadas "tasas corregidas por edad", en cuyo detalle no entraremos por escapar a los fines de este trabajo. Pero debemos además señalar que a este problema fundamental se agrega otro que surge de los malos registros de los hechos vitales, situación frecuente en el Tercer Mundo pero que, felizmente, en nuestro país no es tan grave.

MORTALIDAD INFANTIL

La *Mortalidad Infantil,* es decir la que ocurre durante el primer año de vida, alcanzó en 1967 a 3.027 niños, con una tasa de 50,0 por mil nacidos vivos, y una estructura (cuadro 4) que nos evoca más acabadamente nuestra estirpe de subdesarrollados. Aclaramos que la tasa de mortalidad infantil se calcula relacionando el número de muertos menores de un año de edad, con el número de recién nacidos vivos del mismo período; se expresa habitualmente por mil nacidos vivos.

El análisis de dicha estructura nos revela un primer hecho, y es que la primera causa responde a un rubro impreciso —"inadaptación al régimen alimenticio"— pero relacionado con la desnutrición, con lo que este problema cobra evidente importancia. Siguen en orden de frecuencia las "lesiones relacionadas con el parto" y luego las que tienen que ver con infecciones (problemas respiratorios y digestivos agudos) y por tanto con condiciones también propias del medio ambiente que rodea al niño. La prematurez —en el 5º lugar—, al igual que la desnutrición —en el primero—, ponen el acento en las condicionantes sociales y económicas de esta patología y en su importancia estadística para medir el riesgo de morir de los niños pequeños. Llama la atención la aparición entre las primeras causas, también en este indicador, de los rubros de "enfermedades mal definidas de la primera infancia", y la de "otras enfermedades mal definidas"; cabe aquí una consideración similar a la que hicimos en el parágrafo anterior respecto de la responsabilidad médica, pero es preciso acotar que en el séptimo rubro —"enfermedades mal definidas propias de la primera infancia"— se incluyen todos los casos diagnosticados como toxicosis (forma clínica grave, frecuentemente terminal, de las gastroenteritis agudas), lo que nos hace pensar que el rubro 4º —diarrea, gastroenteritis y colitis— es más elevado en magnitud absoluta, y por tanto en la tasa real. Como dato importante diremos que en 1964, por ejemplo, *el 72,2% de dicha causa*

CUADRO 4

Mortalidad Infantil — Siete primeras causas Uruguay, 1958-62	
1. Inadaptación al régimen alimenticio	7.2 (*)
2. Lesiones del parto, asfixia y atelectasia	6.6
3. Bronquitis y neumonía	5.5
4. Diarreas, gastroenteritis y colitis	5.4
5. Prematurez	4.0
6. Otras enfermedades mal definidas	3.4
7. Enfermedades mal definidas propias de la primera infancia	2.9

(*) Tasas por mil nacidos vivos.
Fuente: Ruocco, G. - Mortalidad infantil en el Uruguay, 1967.

CUADRO 5

Mortalidad Infantil — Seis primeras causas Uruguay, 1953-57	
1. Diarrea, gastroenteritis y colitis	8.1 (*)
2. Prematurez	5.8
3. Bronquitis y neumonía	5.7
4. Lesiones del parto, asfixia y atelectasia	4.9
5. Otras enfermedades mal definidas	4.3
6. Enfermedades mal definidas propias de la primera infancia	3.9

(*) Tasas por mil nacidos vivos.
Fuente: Ruocco, G. - Mortalidad infantil en el Uruguay, 1967.

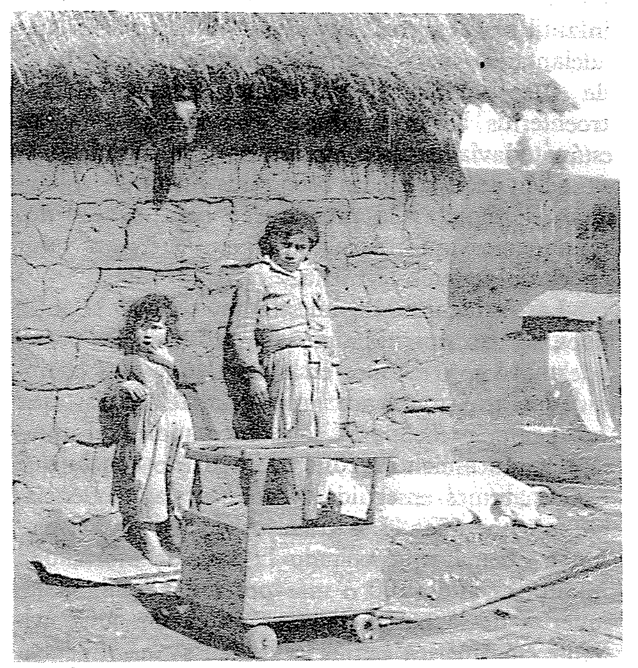
correspondió a toxicosis y por tanto a diarreas y gastroenteritis.

Ahora bien, si nos remontamos a un quinquenio más atrás (cuadro 5), vemos que la estructura ha cambiado.

La primera modificación a señalar se refiere al rubro "Inadaptación al régimen alimenticio", que aparece recién en el quinquenio 1958-1962: es de preguntarse si la ausencia anterior de dicho rubro se debía a una real inexistencia de problemas nutricionales como causa de muerte, o si lo que pesa en realidad es una mejora en los criterios médicos para el diagnóstico de causa de muerte y por consiguiente una elaboración más precisa del certificado de defunción. Sea cual fuere la verdad, queda bien señalado que en nuestro país —y aun a riesgo de que no parezca cierto— los problemas de la desnutrición en el primer año de vida son de suficiente relevancia para constituir una importante causa de muerte. Conforme a la información de que disponemos (lamentablemente no procesada aún), ese rubro pasa al 2º lugar en el quinquenio 1963-1967, por ascenso de las causas relacionadas con el parto, que van al primer puesto. Este hecho nos revela cómo la estructura de nuestra mortalidad infantil se va acercando así a la de los países más adelantados, pero sin perder nuestras características de subdesarrollados: en efecto, aunque las gastroenteritis bajan un lugar —pasan al 5º y así están todavía en este momento—, se mantiene la situación respecto de las bronquitis y neumonía (con una tasa igual); la prematurez baja en los dos quinquenios antes señalados, pero vuelve a subir en el quinquenio siguiente.

Las tendencias de nuestra mortalidad infantil, pues, se van aproximando a lo visto en los países adelantados, y estamos en el nivel que esas comunidades tuvieron hace una generación. Lo que realmente preocupa a los observadores realistas es el estancamiento actual, de acuerdo con lo que examinaremos enseguida al analizar las tendencias en muchos años. Los trabajos de De Haas permiten afirmar que cuando la tasa de mortalidad infantil es alta (100 o más por mil) dominan las muertes de lactantes mayores (situación muy evidente en América Latina); las causas más frecuentes son las infecciones respiratorias, las gastroenteritis y la prematurez; es decir, predominan los fac-

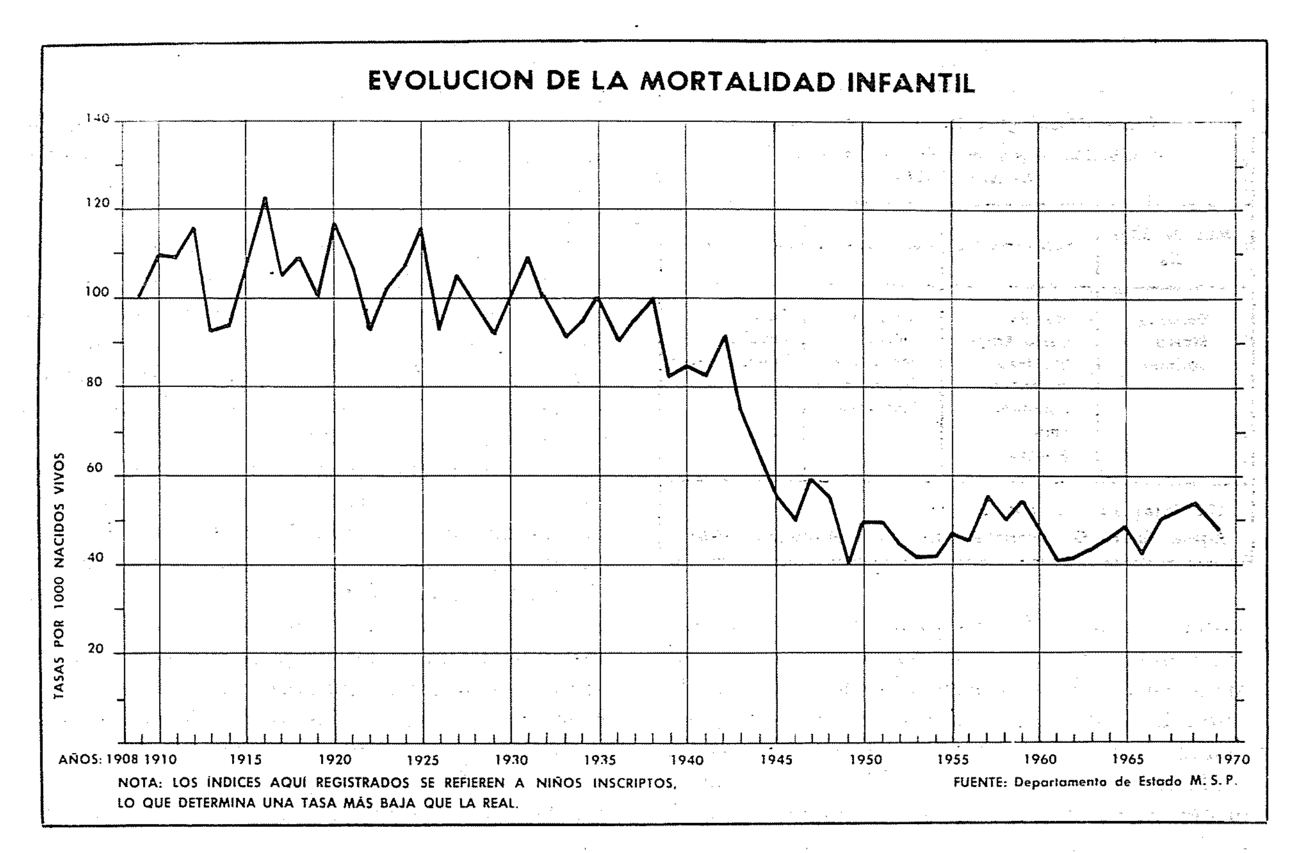
tores condicionantes del ambiente inapropiado (clima variable, frío y húmedo, o mala vivienda, o situación socio-económica deficitaria con alimentación y educación de bajos niveles, etc.). Cuando la tasa de mortalidad infantil está en 50 por mil o menos aparecen los problemas relacionados con el parto y las malformaciones congénitas, en cuyo caso son más afectados los lactantes pequeños. Nuestro país está en la antesala de esa situación, pero habiéndose quedado estancado en el progreso, a pesar de que parecen cumplirse las acciones médicas y de que los gastos en el sector son relativamente importantes; de ahí que en este momento quepa una reflexión al respecto: el aumento absoluto de las lesiones debidas al parto se han acompañado de una menor mortalidad materna, lo que nos permite deducir que la atención del recién nacido está, posiblemente, sufriendo un deterioro; éste es también otro capítulo que aún debe ser investigado.



Los factores ambientales son decisivos en nuestras tasas, aún elevadas, de mortalidad infantil.

La *tendencia general* de nuestra mortalidad infantil viene siendo estudiada desde 1949 por Ramón-Guerra y recientemente por Gloria Ruocco y por el equipo constituido por ésta y la profesora Ébole en la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva de nuestra Facultad de Medicina; este grupo ha hecho los más serios aportes realizados en nuestro país al tema de la mortalidad en el niño. La evolución de la tendencia revela un descenso sostenido desde 1908 (tasas del orden de 100 ‰) hasta 1942 (tasa del orden de 90 ‰); desde 1943 la curva se quiebra manifiestamente llegándose a tasas de 40,9 ‰ (año 1949), pero a partir de ese momento se estaciona la tendencia descendente, con una tasa de 50,9 en 1950, pasando por 42,0 en 1966 para llegar otra vez a 50,0 en 1967. El hecho tiene relación positiva con los demás indicadores del nivel de vida que, tal como veremos, señalan inequívocamente el estancamiento —el retroceso— del Uruguay (figura 1).

La mortalidad infantil *en el interior del país* nos muestra diferencias pronunciadas sergún determinadas zonas: por ejemplo, las tasas más altas se ven en los departamentos del litoral y del norte, y la mayoría de los departamentos tiene tasas mayores que la tasa nacional. No entraremos en detalles; sólo diremos que, para los quinquenios 1958-62 y 1963-67, dos tercios de la población de la república tiene una mortalidad infantil con tasas menores que 50,0 ‰, en tanto que el otro tercio las supera, llegando en algunas áreas hasta el 96,0 ‰ (ciudad de Rivera, 1965). Siguiendo a Gloria Ruocco, veremos en el cuadro 6 la distribución de los departamentos según su tasa de mortalidad infantil.



En Montevideo, en el quinquenio 1958-62 la tasa era de 32,8 ‰, y no parece haberse modificado en forma significativa en los últimos años.

En el análisis de las causas de mortalidad por departamento (incluido Montevideo) encontramos, entre las principales, la inadaptación al régimen alimenticio y las gastroenteritis. En 15 departamentos éstas figuran entre las tres primeras causas; en la ciudad de Rivera, por ejemplo, los problemas digestivos agudos matan todavía, en verano, entre un tercio y la mitad de los niños que fallecen antes de cumplir el primer año de vida, según nuestras propias investigaciones.

La experiencia mundial ha mostrado que los factores condicionantes actúan en forma diferente según determinados momentos de la vida del niño; de ahí que se haya subdividido la mortalidad infantil en *Mortalidad Neonatal* y en *Mortalidad Infantil Tardía.* La primera es la consecuencia de los factores que actúan durante el embarazo, en el momento del parto y los días que lo siguen (es la mortalidad que ocurre durante los primeros 27 días de vida); la segunda es la consecuencia de los factores que actúan a lo largo del primer año de vida, es decir del ambiente que rodea al niño. En nuestro país predomina la mortalidad infantil

CUADRO 6

Mortalidad infantil en el Interior
Distribución según el valor de la tasa (*)
Uruguay, 1958-62

Más de 60.0 ‰	50.0-59.0 ‰	40.0-49.0 ‰	30.0-39.0 ‰
Durazno Rivera Soriano	Florida Cerro Largo Río Negro Paysandú Canelones Salto Artigas	Colonia Flores Maldonado Tacuarembó San José	Rocha Lavalleja Treinta y Tres

(*) Tasas por mil nacidos vivos.
Fuente: Ruocco, G. - Mortalidad Infantil en el Uruguay, 1967.

tardía, con un 57% del total; del 43% restante (mortalidad neonatal), la que ocurre en la primera semana de vida llega a los dos tercios de los casos. Esta situación es la que se ve en los países sanitariamente poco desarrollados; por ejemplo, en Chile los porcentajes son de 70 y 30 respectivamente, en tanto que en Estados Unidos son de 27 y 73, en Francia de 42 y 58, en Israel de 45 y 55.

Hay otro detalle de interés respecto de la evolución de la mortalidad infantil tardía en nuestro país; se refiere a las fluctuaciones que presenta, siguiendo un claro paralelismo con las fluctuaciones de la mortalidad infantil global; esto señala la importancia que en nuestro medio tienen los factores del ambiente como influencia sobre el riesgo de morir antes de que se cumpla el primer año de vida.

Debemos por último recordar que, diagramando la curva de mortalidad proporcional del primer año de vida —porcentaje de muertos de ese grupo etario respecto del total de muertos— resulta que aquéllos constituyen, en 1967, el 11,4%, cifra elevada que no nos permite salir de la calificación de "regular" (en la clasificación de los niveles de salud de acuerdo con este método se distinguen cuatro tipos: muy bajo — bajo — regular — elevado).

Hoy día se acepta que la *mortalidad infantil* constituye un indicador mucho más fino que la mortalidad general para valorar los niveles de vida —y por tanto de salud— de las comunidades; lo que hemos visto así nos lo prueba. Recordamos, con Behm, que "la mortalidad infantil viene a ser, en consecuencia, un indicador del alto precio en vidas que los pueblos pagan por las formas de organización económicamente ineficientes y socialmente injustas que han logrado darse. Éste es el marco auténtico para discutir el problema, marco que ningún médico puede olvidar ni silenciar. Si se avanza un paso más en el análisis, se verá que el trasfondo del problema es político, puesto que no otra cosa significa preguntarse cuáles son —y cómo se llegan a alcanzar— las formas de organización de un país que, siendo más justas y humanas, remuevan los factores que provocan, entre otras cosas, la alta mortalidad infantil que ahora discutimos."

Nos referiremos muy brevemente a la mortalidad en otros grupos etarios, por ser de mucho menor importancia en el país:

La *mortalidad de niños de 1 a 4 años y de 5 a 14 años* presenta características similares a la de los países más adelantados. Las tasas se aproximan a 1,4‰ y 0,4‰ respectivamente, y en su tendencia secular ha descendido más y en forma más sostenida que la mortalidad infantil.

La *mortalidad fetal y la mortinatalidad,* en particular, son difíciles de precisar en el Uruguay,

puesto que no se informan o no se indican las edades gestacionales. Por otra parte en nuestro país es serio el problema del aborto provocado; se estima que, de cada tres embarazos, dos terminan en aborto. En el fondo de este problema yacen serias razones psicológicas y sociales, dentro de las cuales son reales las relacionadas con la angustia y con las tensiones del grave momento económico que vive el país.

MORTALIDAD MATERNA

La *mortalidad materna* es muy baja y sigue en descenso. En 1963 fue de 13 por 100.000 nacidos vivos. Esto resulta del elevado porcentaje de partos realizados en ambiente hospitalario, que llega al 80% en Montevideo y al 60% en el interior. Estos hechos tienen importancia por lo que ya hemos señalado acerca de la discordancia que se observa en el alto nivel de acciones en parto institucionalizado, y las tasas relativamente elevadas de muertes por situaciones relacionadas con el parto. Parecería que nuestros niños recién nacidos no fueran tan bien controlados, o que la asistencia del parto adolezca de defectos serios en las pautas técnicas de su conducción —lo que no aparece como evidente—, o en las acciones de control prenatal, especialmente en lo que tiene que ver con la cobertura de la población de embarazadas. De todas maneras el tema es un interesante asunto de investigación.

MORBILIDAD

La *Morbilidad,* es decir el estudio de los que enferman, no se registra en forma sistemática en el Uruguay; los datos son entonces fragmentarios e incompletos. Los métodos para medir la morbilidad están basados en la cuantificación de la *demanda espontánea* (consultas médicas, odontológicas, de enfermería, de obstetricia, etc., y egresos hospitalarios) y en las *encuestas de morbilidad,* como las realizadas en años recientes en Argentina y en Colombia. Es obvia la necesidad de un conocimiento adecuado de estos asuntos, porque la precisión de los datos ayuda a revelar, junto al estudio de la mortalidad, el estado sanitario del país, al tiempo que proporciona elementos de evaluación para las acciones de salud que se tomen al respecto. De ahí que en nuestro país la situación en este capítulo sea grave y poco segura para un buen conocimiento de la realidad.

En un abordaje forzosamente general del problema, podemos decir que en el país no existen enfermedades cuarenteneables (o pestilenciales) del tipo de la peste, por ejemplo. Entre las infecciosas frecuentes predominan el sarampión y la tos convulsa; para la primera, las tasas de morbilidad específica han aumentado visiblemente en los últimos años y en especial en los grupos sociales menos favorecidos. La difteria casi no existe, salvo en la frontera norte y en un brote en Salto que viene planteando polémicos problemas desde 1963. Esta buena situación en lo nacional se logró por el elevado grado de inmunidad obtenido con la vacunación masiva de los grupos etarios susceptibles, tarea de la que fue promotor incansable el Dr. Leúnda, gran pediatra y epidemiólogo ya desaparecido. La tuberculosis está en franco retroceso en los aspectos de la morbilidad —las tasas de mortalidad están estacionadas, como vimos antes—; las tasas de prevalencia han disminuido en forma significativa en los últimos años, desde 99,2 por 100.000 habitantes en 1965, hasta 46,4 en 1968; la tasa de incidencia (*) ha descendido también de 47,9 a 38,6

(*) Prevalencia: Caracteriza la frecuencia de una enfermedad en *un momento determinado* y en relación con la población de un área dada.
Incidencia: Caracteriza la aparición de una enfermedad en *un período de tiempo* y en relación con la población de un área dada.
Ambas se expresan en tasas por 100.000 habitantes.



Foto: C. Bremermann.

La hidatidosis hepática afecta a las tres cuartas partes de nuestro stock vacuno.

por 100.000 habitantes en los mismos plazos. Esta positiva acción se ha debido fundamentalmente a la acción incansable y de alto nivel técnico-científico de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y de los Centros Tisiológicos Departamentales. La sífilis contagiosa y la lepra han experimentado un ascenso, en especial la primera.

Entre las *zoonosis,* el gran problema reside en la hidatidosis, tanto humana como animal. El Uruguay es el país más parasitado del mundo, y cada año pagamos un tributo de cincuenta vidas humanas y 650 operaciones quirúrgicas por este daño, lo que unido a los gastos devengados por inactividad laboral significan un gasto de más de cien millones de pesos. Pero la enfermedad animal tiene un panorama igualmente desolador: en 1968 el 73,7% de las reses faenadas en el Frigorífico Nacional presentaban hidatidosis hepática, lo que quiere decir que la pérdida acumulada en el faenado de 1:300.000 animales en todo el país durante ese año, alcanzó a cifras del orden de los doscientos millones de pesos Pero hay más aun; aunque las cifras no están calculadas, son enormes las pérdidas de ganado ovino, parasitado en casi un 100%, en lo que respecta a la producción de lana.

En 1965 hubo un brote de rabia humana que ocasionó tres muertes; la enfermedad fue introducida por la frontera norte, al parecer. El trabajo realizado desde ese entonces sobre este tema por Pérez-Moreira y colaboradores, tanto en la investigación epidemiológica y clínica, así como en las medidas de control y profilaxis del flagelo, constituyen uno de los buenos exponentes de metodología en salud pública realizado en el país.

La brucelosis tiene asimismo importancia, y no solamente por las implicancias mórbidas humanas, sino por las serias repercusiones en la productividad pecuaria; en estos problemas, los estudios del Prof. Purriel y su equipo —que han hecho importantes aportes también en problemas de hidatidosis— son pioneros en el país.

La enfermedad de Chagas fue diagnosticada por primera vez en el país en 1937 por Talice y colaboradores; la zona endémica de la enfermedad se sitúa al norte del río Negro, especialmente; Veríssimo y Franca calculan que ascienden a 100.000 las personas infectadas y aproximadamente 10.000 las afectadas de miocarditis chagásica; se han notificado, sin embargo, sólo 880 casos de la dolencia. En la zona endémica —que coincide con el habitat de las vinchucas, el insecto vector— residen 700.000 personas expuestas. También respecto del Chagas, la eliminación de las malas viviendas está en la base de la lucha sanitaria, puesto que la vinchuca, por su biología, necesita paredes de ranchos o casillas, o paredes resquebrajadas, para poner huevos y recomenzar su ciclo vital.

La toxoplasmosis ha sido objeto de estudios en nuestro país desde 1952; se ha comprobado la magnitud de la infección inaparente y se han descripto los primeros casos clínicos. Hemos tenido el honor de haber integrado el primer equipo que trabajó en la Cátedra de Parasitología de nuestra Facultad de Medicina, bajo la dirección del Prof. Talice; actualmente las actividades continúan, en la misma cátedra, dirigidas por el Prof. Osimani.

No hay en el país casos autóctonos de malaria.

Respecto de las gastroenteritis agudas y las infecciones respiratorias agudas, debemos señalar que su frecuencia en nuestro país es elevada (ya vimos su importancia como causa de muerte). El trabajo de Gaudiano sobre las diarreas en todas las edades, encarando los aspectos estadísticos del problema, es lo más completo realizado hasta ahora en nuestro medio; en Rivera, con nuestro equipo del Centro de Salud, hemos comprobado cómo alrededor de un tercio de los niños del grupo 0-2 años enferman en alguna medida cada verano, lo que quiere decir que cerca de mil niños de esa edad requieren, en esos meses, asistencia médica, con un 20% de hospitalizaciones, y una tasa de letalidad de un 20‰. El problema epidemiológico de las afecciones respiratorias recién comienza a estudiarse, por lo que aún no tenemos ni siquiera estimaciones aproximadas; sabemos sí que es importante, pues la condicionante fundamental reside en las condiciones climáticas de estas regiones, con elevada humedad y una variabilidad extrema y, en especial en el interior, con serios problemas de vivienda que determinan un aumento inusitado de consultas en los meses de otoño e invierno.

Las enfermedades degenerativas van en aumento, especialmente las cardiovasculares, tumorales —cánceres particularmente— y la diabetes. La obesidad es importante, y más en hombres y mujeres de edad madura.

Las enfermedades mentales también van en ascenso, y el alcoholismo ha tenido un gran incremento en los últimos años, revelado por la tasa de mortalidad por cirrosis hepática, que llegó a 7 por 100.000 habitantes.

Los accidentes siguen en ascenso —vimos que en 1967 ya eran la 4ª causa de muerte—, lo que implica complejos mecanismos de carácter psicológico; tienen su máxima expresión en los accidentes en la vía pública. Desde 1967 se ha intensificado en nuestro país la que podríamos calificar de "patología de la violencia", con hondas raíces psicológicas y sociales, relacionada con la situación socio-política, que ha derivado en enfrentamientos entre grupos clandestinos de resistencia y las fuerzas de represión. Aparte de los hechos cuantificables —muertes, largas enfermedades con difíciles problemas de rehabilitación, torturas— se ha desencadenado el dolor y la angustia en cientos de hogares y una neurosis colectiva cuya evolución no tenemos ni idea de cómo prever, pero que sí sabemos

ha desfigurado nuestro sentido de la convivencia y del respeto a la persona humana.

Para situar al lector en lo que todo este capítulo de la morbilidad significa, daremos algunas cifras de consultas y egresos hospitalarios en las dependencias del Ministerio de Salud Pública y en el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina.

Este volumen de acciones realizadas revela la importancia y las necesidades del sector en esta parte de la medicina oficial; ese cuadro excluye todos los organismos del mutualismo, otros organismos del Estado que prestan acciones de salud, los seguros parciales y toda la asistencia médica privada. De todas maneras, ya podemos aproximar

CUADRO 7

Egresos y consultas en organismos del M. S. P. y la Facultad de Medicina
Uruguay, 1963-1967

	1963		1967	
	Nº egresos	Nº consultas	Nº egresos	Nº consultas
Hospitales Montevideo del M. S. P.	60.427	912.206	58.237	548.776
Hospitales Interior del M. S. P.	83.163	679.815	92.256	680.467
Hospital de Clínicas	9.728	205.010	8.909	294.461
	153.318	1:797.031	159.402	1:523.704

Fuente: Suescún Caicedo, F. — Informe Org. Serv. Méd. Uruguay — 1968.

algunas conclusiones que luego veremos con más detalle; los egresos y consultas han disminuido manifiestamente en Montevideo entre un año y otro, en tanto que en el interior han aumentado los egresos y no se ha modificado el número de consultas. El primer hecho revelaría un franco deterioro de la asistencia externa, que ha derivado la demanda hacia las mutualistas y los seguros parciales, consolidados precisamente en esos años; el segundo hecho demuestra más que nada una demanda de hospitalizaciones —asistencia mucho más cara si se realiza privadamente— que, ante la falta de mutualistas, se canaliza hacia los hospitales del Ministerio. Respecto de las cifras del Hospital de Clínicas, el 34% de las hospitalizaciones provienen del interior.

El examen de estos simples hechos ya nos pone en el camino de dos conclusiones:

— la primera, que es imposible para el M.S.P. cumplir adecuadamente sus funciones en cuanto a la atención más cara, por lo que la gente se orienta hacia donde puede obtenerla mejor;

— la segunda, que la demanda en áreas donde no hay formas organizadas de medicina colectiva determina la búsqueda de los hospitales públicos como una necesidad económico-financiera.

LOS FACTORES CONDICIONANTES

De acuerdo con la metodología seguida, el nivel y la estructura de la salud son una resultante, una consecuencia y, decíamos, con ellos se intenta medir lo que los factores condicionantes originan en una comunidad. De ahí que el estudio de tales factores sea tan importante; la "cantidad" de salud colectiva será el producto de la interacción permanente de aquellas diferentes condiciones que estén —o no estén— presentes en la vida de una comunidad determinada. No hay maneras operativas de mejorar el nivel y modificar la estructura de la

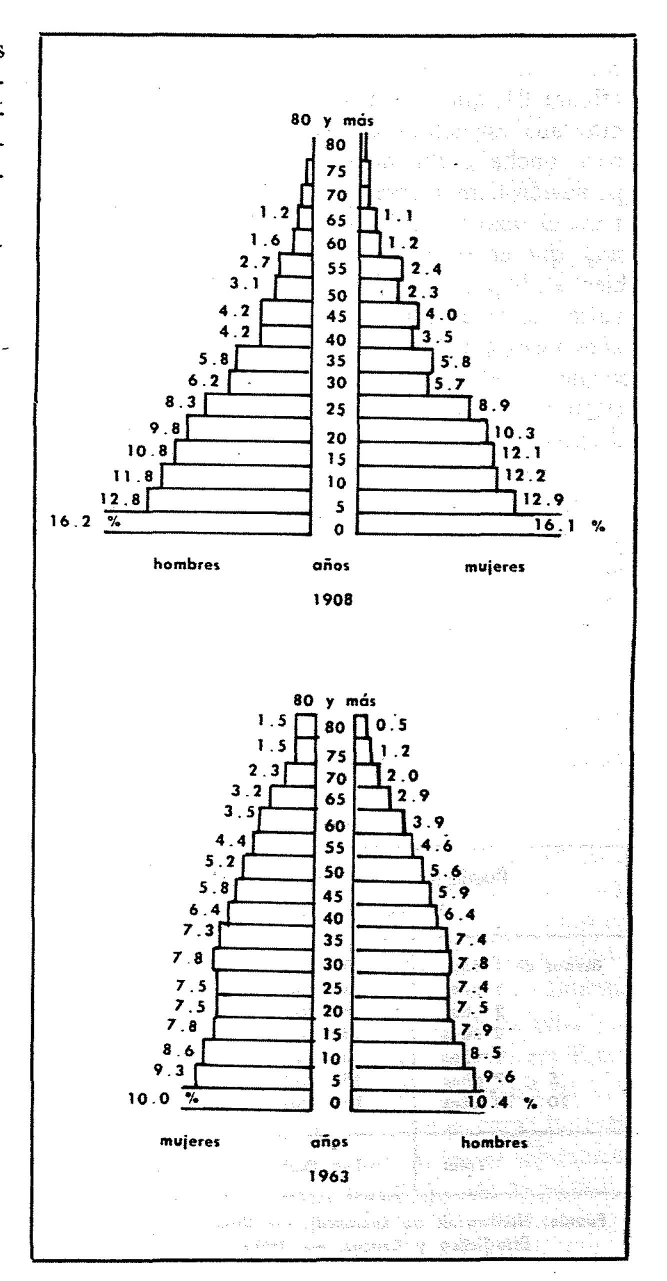
salud si no se actúa sistemáticamente en todos los sectores de la vida de la comunidad, con un pormenorizado estudio previo de la realidad (diagnóstico), y luego a través de un método —plan— buscando lograr un desarrollo real integral y armónico.

Por tanto, para aplicar aquel nivel y estructura debemos efectuar diversos análisis.

SUSCEPTIBILIDAD

La *susceptibilidad* en los diferentes grupos etarios es un punto fundamental, pues sabemos que la edad es condición previa para la aparición de determinadas enfermedades. El estudio de la mortalidad ya nos reveló que se muere de causas diferentes al año de edad y a edades superiores; es de general conocimiento que las enfermedades infecciosas son más frecuentes y más graves en la niñez, en tanto que se enferman más personas del corazón en las edades maduras. Esto quiere decir que, en términos generales, a medida que transcurren los años, los seres humanos pagamos un tributo más alto a las enfermedades degenerativas (arteriosclerosis con su resultante de afecciones del corazón y de los vasos; cáncer; diabetes; etc.) que a las infecciosas, y que ese hecho es más evidente cuando las comunidades logran un mejor nivel de vida. Resulta claro, entonces, que la lucha contra las enfermedades infecciosas —todas ellas controlables si se toman las medidas necesarias— es un imperativo prioritario que ningún gobierno puede olvidar; la protección del capital humano del país así lo exige.

La *población* del Uruguay era de 2:886.100 habitantes al 30 de junio de 1970; tiene una distribución que revela una pirámide de edades en forma de campana, típica de los países con población envejecida; es muy claro este hecho, si



comparamos dicha pirámide con el censo de 1908 (figura 2), que revela que en aquella época teníamos una estructura de país joven (pirámide con base ancha). En nuestro país el 28,4 % de la población tiene menos de 15 años de edad (27,9 % para el sexo masculino y 28,5 % para el femenino), que en relación con América Latina nos deja bien atrás por cierto, habida cuenta de que en 18 países de dicha área la población de menos de 15 años alcanza al 40 % (nuestro porcentaje de 1908), y que en relación con los Estados Unidos también estamos a la zaga, pues aquel país tiene un 31 % de población joven.

Observando el desglose de la población menor de 15 años vemos lo absurdo que significa que el Uruguay pierda todos los años más de 3.000 niños antes de cumplir su primer año de vida: estamos derrochando capital humano —con todo lo que eso quiere decir desde el punto de vista económico— al tiempo que miles de hogares tienen obligadamente que rendir tributo, con una cuota de dolor totalmente evitable, a la impasibilidad de los responsables de estas situaciones.

CUADRO 8

Población Infantil del Uruguay
Estimación a enero 1964

Menos de 1 año	58.000	2.2 %
1 año	56.000	2.1 %
2 años	55.000	2.1 %
3 años	54.000	2.0 %
4 años	52.000	1.9 %
5 - 9 años	252.000	9.5 %
10 - 14 años	229.000	8.6 %
Total	756.000	28.4 %

Fuente: Niedwarok de Lombardi. — Dirección General de Estadística y Censos. — 1969.

ALGUNOS INDICES DEMOGRAFICOS

La distribución de la población según su residencia, *urbana o rural*, arroja un 82 % para la primera; la más alta proporción de América Latina.

La *densidad* de población en todo el país es de 14,6 hab./km², con un rango entre departamentos que va de 2.215 en Montevideo a 4,3 en Artigas, pero con zonas limitadas, como la urbana de la ciudad de Rivera, que tiene casi 5.000 hab./km².

La *población activa* está formada por 38 % de los habitantes, así distribuidos: el 19,6 % en el sector primario, el 27,8 % en el secundario y el 52,6 % en el terciario. Los desocupados llegan, en 1967, al 12 % de la población activa, y van en aumento.

La *tasa de natalidad* está calculada, para el quinquenio 1969-73, en 20,5 por mil, con una tasa de crecimiento medio de 12,1 por mil; nuestro país es el que crece menos en América y uno de los que crece menos en el mundo, y sólo a través de un crecimiento vegetativo bajísimo, puesto que la inmigración no pesa desde hace ya tres décadas.

Algunas reflexiones frente a estas realidades:

1º) Somos un país de viejos; el 21,4 % de la población tiene más de 50 años de edad, y el 7,8 % más de 65 años; en ambos casos es el porcentaje mayor de América Latina.

2º) Somos un país de alta urbanización, con todos los problemas de la patología de las ciudades, y con más razón cuando éstas tienen dificultades para poder ofertar todo lo que una ciudad debe ofertar.

3º) Somos un país con elevada hipertrofia del sector terciario (comercio, servicios en general, bancos, etc.), pero con porcentajes de distribución de la población en los tres sectores que recuerdan



Foto: A. M. Persichetti.

Un país de alta urbanización, con un sector terciario hipertrofiado.

a lo que se aprecia en los países de gran adelanto, aunque el mecanismo de génesis de esa estructura nada tiene que ver con lo que realmente sucede en aquéllos, donde es *el aumento de la productividad* el que va liberando la mano de obra del primario al secundario, determinando un gradual crecimiento de éste.

Estas condiciones determinan, en alguna medida, una mentalidad uruguaya —permítasenos decirlo así— que nos revela cómo *"la sociedad uruguaya demuestra una fervorosa adhesión al valor seguridad, acompañado siempre de su pariente cercano la moderación; no es casual que sean éstos los valores más preciados del hombre de edad avanzada."* (J. D. C.: "Manifiesto para una nueva generación" — 1966). Esta mentalidad es de tono conservador, es alienante, se aferra a aquello de "más vale malo conocido que bueno por conocer" o a lo otro de "no te metás", que se han tipificado como característico de nuestra gente y de su modo de pensar y de actuar. En esta forma se renuevan poco los cuadros dirigentes y la movilidad social vertical parece altamente comprometida, pero además atenúa el espíritu imaginativo y de empresa, así como se neutraliza la visión política y la actitud de cambio, con lo que se enlentece la dinámica de la sociedad. La repercusión de todas estas condicionantes sobre el sector salud se expresa fundamentalmente en que debemos implementar cada vez más una medicina sumamente cara, la medicina de la vejez, la geriatría, sin haber solucionado ni remotamente nuestra medicina de la niñez, la pediatría.

MEDIO AMBIENTE

El medio ambiente es el ámbito natural donde transcurre la vida humana. Debemos considerarlo en sus diferentes expresiones:

El ambiente físico-telúrico: La *geografía* del país no ofrece problemas mayores desde el ángulo de la salud; nuestro país no tiene grandes elevaciones —la sierra de Ánimas no sobrepasa los 500 metros— y su *hidrografía* muestra cursos de agua perfectamente controlables, por lo que las dificultades que presentan las frecuentes inundaciones y sequías se deben a una absoluta incapacidad política y administrativa para el aprovechamiento de nuestros ríos, arroyos y lagunas. El comportamiento del agua es diferente según los tipos de suelos y la pendiente que tengan los ríos, lo que hace que las sequías sean más graves en el norte, tal como sucedió en la de 1942-43, en que murió mucho ganado por la falta de aguadas y pastos; en esa misma época en Rocha se quemaron los pajonales de los bañados y algunos ardieron durante meses, consumiendo las turbas del suelo. En 1959, durante las inundaciones, también murieron miles de cabezas de ganado, se perdieron plantíos y praderas, y quedó en grave situación la represa de Rincón del Bonete, salvada gracias a la voladura de un terraplén lateral que convirtió a la usina en una isla y demandó cifras millonarias para el reequipamiento; el curso del Río Negro vertió 16 quilómetros cúbicos de agua en veinte días, lo que normalmente hace en un año.

El clima del Uruguay es un importante factor condicionante de enfermedad por sus alteraciones y variaciones, habitualmente bruscas, y que inciden en todas las variables climáticas: temperatura, humedad, presión atmosférica, régimen de lluvias y de vientos, ionización del aire, etc. Nuestro famoso clima templado, desde el punto de vista médico, no pasa de ser una hermosa ilusión; de ahí que los problemas de vivienda sean de tanta importancia, hasta ahora tan parcial y equivocadamente encarados. En nuestro país no se han hecho estudios de climatología —o biometereología humana— pero en otros países ya se ha iniciado seriamente esta nueva rama de la medicina y hoy se sabe que no solamente los trastornos respiratorios y digestivos agudos se ven afectados por el clima, sino que también afecciones cardíacas, la diabetes, las infecciones de la piel y hasta ciertas formas de cánceres de piel, son pasibles de agravación en determinadas condiciones climáticas.

Por su importancia a este respecto, citaremos los problemas por *la falta de iodo y de flúor* en nuestras aguas y por tanto en nuestros alimentos. El bocio endémico es importante en la zona norte del país; en Rivera, en 1969 Giordano encontró en escolares, un 20 % de bocios visibles y un 0.9 % de bocios palpables. Por otra parte, los problemas de hipertrofia de las amígdalas, tan frecuentes en nuestro país —y posiblemente más importantes en la zona norte—, parecen realmente relacionados con la carencia iódica así como con las variaciones climáticas. Las caries dentarias son frecuentísimas, sin que se conozca la prevalencia y la incidencia del daño, aunque sí sabemos que la mayoría de las personas las padecen.

Respecto de las *radiaciones* como problema potencial de salud pública, no hay en nuestro país estudios al respecto. Sabemos de las protestas de los países del Pacífico por la lluvia de estroncio 90, subsiguiente a las explosiones atómicas de las grandes potencias en Asia y Oceanía, y que fijaría ese metal radiactivo en las estructuras óseas de animales y humanos.

El ambiente biológico es uno de los componentes fundamentales de la biósfera y de la constitución de diversos ecosistemas. No entraremos en

detalles al respecto; sólo señalaremos su importancia como factores de enfermedad —todas las parasitosis y los procesos alérgicos ocasionados por animales y plantas, macro y microscópicos— remitiendo a los lectores al magnífico trabajo realizado para esta colección por los Profs. Talice y Chebataroff. Señalamos también los ingentes perjuicios que para el hombre representa la explotación irracional y el desprecio por el equilibrio de los ecosistemas: por ejemplo la caza y la pesca indiscriminadas, la quema de campos, el uso abusivo de insecticidas, la contaminación de suelos, aire y aguas con desechos humanos, y en general todo lo que signifique ultrajar a la naturaleza sin sentido del bien común.

El ambiente humano —de todos los seres humanos— nos obligaría a un verdadero estudio en la sociedad uruguaya actual, lo que escaparía a los fines de este volumen. Trataremos, pues, de ser muy concisos:

La *sociedad familiar* no ha sido estudiada sociológicamente y parece estar sometida a todas las alternativas y riesgos del mundo actual. En 1960 se realizaron 19.725 matrimonios, con una tasa bruta de nupcialidad de 7,9 por mil habitantes; ese año hubo 1.720 divorcios con una tasa bruta de 0,68 por mil de habitantes. Pero el problema no está en la frialdad de las cifras, sino en la comparación con lo sucedido antes: en 1910 la tasa de nupcialidad era de 6,0 ‰ (diferencia pequeña con la de 1960), en tanto que la tasa de divorcios era de 0,9 ‰, lo que indica el gran aumento que han tenido éstos. La ilegitimidad llega a un 20 % de la natalidad, pero tenemos evidencias de que es mayor en los departamentos norteños. La delincuencia juvenil va en aumento, al igual que las formas y tipos comunes de delincuencia.

La *sociedad política* está también en crisis. La democracia tradicional funcionó en el Uruguay hasta hace pocos años, arrastrando mil vicios de fondo, pero posibilitando una imagen de país feliz donde la convivencia no resultaba muy difícil. La estructuración social nos permitía tener —con criterio económico— una amplia clase media que abarcaba un 66 % de la población en 1963 (clase alta 3 % y clase baja 31 %), clase media vinculada al sector terciario de la economía, con gente madura o vieja en su mayoría, apegada a modos rutinarios de existencia, y aprovechando a través de la pequeña y de la alta burguesía lo que sobraba de los dividendos de una vida económica sin imaginación, monocultora y monoexportadora, dependiente de guerras y conflictos lejanos. El juego de los partidos políticos —ley de lemas mediante— constituyó siempre una mordaza a la democracia verdadera, pero a nadie le importó nunca mayormente. El P. B. I. alcanzaba para un país sin explosión demográfica, y todo iba... hasta que la situación no aguantó más: no aguantó la hipertrofia del sector terciario; no aguantó más la desesperación del lucro de los grandes de la banca, del gran comercio, del latifundio; no aguantó el menosprecio a los técnicos y artesanos, a los que trabajan, a los que de una y mil maneras eran voces que clamaban en el desierto advirtiendo que muchas cosas dolorosas esperarían al país si no se viraba el rumbo; no aguantó el embate de las estafas millonarias —Banco Transatlántico, affaire Sayous, censura y expulsión de ministros por el Parlamento, "infidencia", negociado de las financieras con huida al exterior de millonadas (el senador Zabalza aseguró que llegan a 50 millones de dólares al año); no aguantó finalmente la improvisación, los seudo planes con cuello duro y voz engolada, los famosos "despegues" de tipo rostownianos que nunca han sido; en definitiva, era imposible para el pobre Uruguay aguantar una doctrina de individualismo desenfrenado con una ideología de más y más ganancias, con la complicidad y el asesoramien-

CUADRO 9

Evolución del P. B. I. en años recientes (*)
Uruguay

1961	$ 17.304:000.000
1962	" 16.923:000.000
1963	" 16.750:000.000
1964	" 17.304:000.000
1965	" 17.442:000.000
1966	" 17.875:000.000
1967	" 16.750:000.000
1968	" 16.802:000.000

(*) A precios constantes de 1961.
Fuente: Galeano, H.: La economía uruguaya — 1970.

to de los sagrados consorcios capitalistas, dueños de los monopolios y muy poco interesados en los intereses nacionales.

¿Cuál ha sido la consecuencia de todo esto? Bien simple: estancamiento y retroceso, violencia, angustia y neurosis colectiva. El gran perdedor es el hombre uruguayo y la gran resentida es su salud, pues donde no se progresa —creo que ya no van quedando dudas de esto en el lector— no hay salud, y donde no hay salud no se progresa.

* Las *condiciones económico - financieras* serán analizadas muy rápidamente porque se han difundido en múltiples publicaciones.

La evolución del *Producto Bruto Interno* nos da una pauta de lo que viene sucediendo en el país.

Considerando el P.B.I. por habitante, la realidad también es deplorable, puesto que si en 1961 estaba en un equivalente de U$S 580, en 1968 llega a U$S 565. Y si nos referimos a la distribución familiar del ingreso, en 1968 el 46% de las familias del departamento de Montevideo tenían un ingreso inferior a $ 20.000 mensuales (alrededor de U$S 80), cuando en ese entonces el ingreso mínimo vital para una familia tipo estaba establecido en $ 36.000 mensuales.

La *productividad* puede ser analizada con algunos datos de los sectores primario y secundario; el sector primario (que incluye la actividad agropecuaria) determina el mayor volumen de nuestras exportaciones —el 90 %— y dentro de él, las exportaciones de lana pesan en un 30 %; es decir, en la etapa de nuestra economía, dependemos fundamentalmente de estos rubros para que nuestra balanza de pagos no se desequilibre; veamos entonces la crudeza de nuestra riqueza real en el sector (cuadro 10).

La *productividad* ha descendido manifiestamente; los números son categóricos: con una población de 1:042.000 habitantes en 1908, teníamos una relación de 33 animales por habitante; en 1961 bajó a 12 animales/hab., y en 1966 es sólo de 10,8 animales/hab. Las consecuencias de esto fueron el descenso obligado del volumen de las exportaciones —y por tanto en su índice de relación por habitante— y, lo que es más grave en sus consecuencias inmediatas, *bajó la disponibilidad de alimentos de origen animal, que son los más importantes para una nutrición correcta.*

La producción de leche ha disminuido en cifras reales: era de 720:000.000 lts./año en 1960, y ha llegado a 600:000.000 lts./año en 1967. La producción porcina y avícola están también estacionadas, mientras que ha mejorado la producción de huevos por la introducción de técnicas modernas en la explotación. De todas maneras, y a pesar de todas las promesas oficiales, los precios de todos los productos proteicos siguen siendo elevados y, en la práctica, inaccesibles a los grupos menos favorecidos.

La riqueza pesquera del Uruguay es muy importante: se sabe que la olla pesquera del Río de la Plata es una de las más ricas del mundo, con una producción potencial de 4 millones de toneladas por

CUADRO 10

Indices de salarios en años recientes Base 1957 = 100				
Años	Indust. y Constr.	Comercio	Adm. Central	Total
1961-66	93.0	96.4	65.5	80.4
1967	91.4	90.0	60.2	76.6
1968 (1er. sem.)	79.4	73.9	42.0	61.0
1969 (1er. sem.)	71.7	64.1	34.7	53.1

Fuente: Galeano, H.: La economía uruguaya — 1970.

año; sin embargo pescamos sólo de 8.800 a 15.000 ton./año según estimaciones recientes.

La producción agraria sigue los mismos lineamientos de deterioro, con lo que aparece en toda su crudeza la disminución real de disponibilidad de alimentos por habitante.

La *evolución del índice de salarios* (cuadro 10) nos indica, una vez más, el retroceso real sufrido por nuestra población, en especial por los grupos sociales más dependientes:

Los *negocios bancarios y de especulación* han sido otros de los problemas angustiantes; el período de auge entre 1954 y 1961, que permitió integrar una organización poderosa, ya no puede sostenerse si no es a expensas de la concentración del capital, tal como está sucediendo en la actualidad. Han sido el mejor instrumento para la evasión de riqueza, y sólo han servido para encadenarnos más a la gran banca internacional. Por otra parte, los bancos privados han contribuido al hundimiento de nuestra banca oficial, y se han opuesto al auténtico desarrollo, al orientarse hacia las inversiones y préstamos a corto plazo y a elevadísimo interés (más del 50 % anual en este momento), con lo que han ocasionado una verdadera estafa al país, para beneficio de unos pocos. El *affaire* de 1965 puso en evidencia la profunda descomposición interna de la actividad financiera privada, y la ineficacia —o complicidad— de los organismos oficiales que debían ejercer el control correspondiente.

Como corolario de este punto, sólo nos resta decir que la filosofía liberal-individualista ha sido un fracaso en el Uruguay; como señala el padre Lebret, el capitalismo, por lógica interna, tiene el germen de su propia destrucción, extremo confirmado por lo que se ha visto en el país hasta ahora: la misma voracidad de los grupos que detentan el poder político y económico los ha llevado a deteriorar los mecanismos de su enriquecimiento. En estas condiciones, un nivel de vida decoroso y por tanto un nivel aceptable de salud, no puede ser logrado por las masas populares.

* La *seguridad social* existe como un verdadero paso adelante en la legislación desde que se dictó la ley de jubilación a empleados civiles de la nación. Desde entonces hasta el actual Banco de Previsión Social, muchas marchas y contramarchas se han sucedido, con el resultado de que hoy la seguridad social no pasa de ser un difuso concepto programático. Todavía el régimen es anárquico, existen numerosos organismos no coordinados, los montos de jubilaciones y pensiones son absolutamente insuficientes para asegurar un mínimo vital a sus titulares, hay discriminaciones injustas y humillantes para la mayoría en tanto que unos pocos políticos se aprovechan de privilegios y regalías (recuérdese el famoso artículo 383).

Con clases pasivas que constituyen el 11% de la población del país, el sistema revela desajuste entre la prestación jurídica y la prestación económica, una relación defectuosa entre activos y pasivos, al tiempo que resulta excesivamente caro

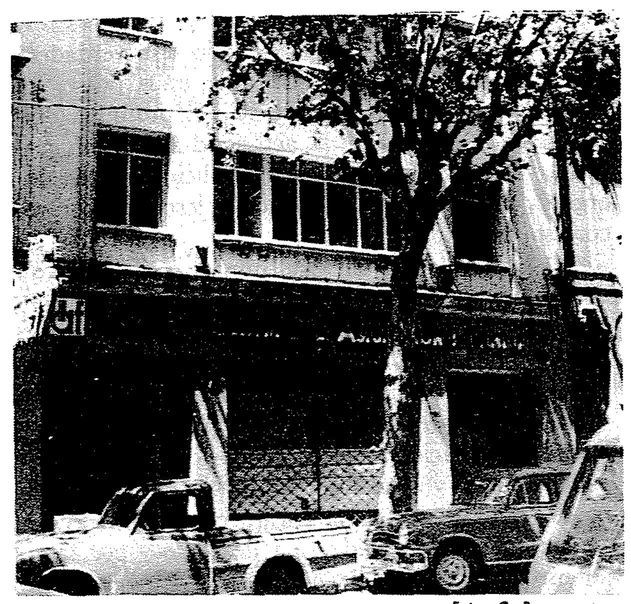


Foto: C. Bremermann.

Asignaciones Familiares, uno de los puntales del sistema de seguridad social.

para los escasos beneficios que aporta a esa cobertura extensa y mal servida.

No existe un seguro de salud nacional; sólo se han puesto en marcha seguros parciales que garantizan la prestación en especies en los casos de enfermedad, y en algunos casos con subsidio económico; algunas veces son convenios paritarios dentro de determinadas industrias, o integran concepciones más amplias como la que rige para CHAMSEC (construcción y ramas anexas).

El sistema de Asignaciones Familiares tiene la característica de un instituto privado de fines públicos; intenta una política de redistribución a través de primas por hogar constituido y asignaciones según el número de hijos del trabajador; se atiende también a la madre embarazada y al niño en los aspectos preventivos hasta los tres años de edad. Uno de los más serios aportes del instituto ha sido facilitar la asistencia del parto en organismos hospitalarios públicos o privados, lo que ha influido decisivamente en la bajísima tasa de mortalidad materna. La eficacia del servicio sería mayor aun si disminuyera la evasión de aportes de muchos empleadores, particularmente aguda en zonas rurales o en capitales del interior.

El régimen de salarios de maternidad ampara a la mujer que trabaja fuera del hogar, dentro de los términos del Convenio de Ginebra; también está a cargo de Asignaciones Familiares.

La seguridad social debe aún en el Uruguay recorrer un largo camino para que sea un auténtico instrumento de protección en las instancias de nacer, crecer, enfermar, invalidar, enviudar, envejecer o morir... situaciones todas de las cuales depende un "estado de completo bienestar físico, mental y social" tal como quiere la Organización Mundial de la Salud.

* La *vivienda.* El Comité de Expertos de la OMS en Higiene de la Vivienda ha definido a ésta como "la estructura material que el hombre emplea para cobijarse, y sus dependencias, es decir, todos los servicios, instalaciones y dispositivos necesarios o convenientes para el bienestar social y la salud física y mental del individuo y la familia". En relación con nuestro tema, "los datos de que actualmente se dispone demuestran que hay una relación directa entre ciertas características de la vivienda y la salud", y que "la incidencia de las enfermedades y casos de invalidez era sensiblemente menor entre las familias bien alojadas".

En 1963 el stock de viviendas era de 721.425, de las cuales un 43,1 % correspondían a Montevideo, un 37,2% a las ciudades y pueblos del interior, un 16,4 % al campo y un 3,3 % a los balnearios. El número actual es difícil de fijar, pues la industria

de la construcción ha sufrido un grave deterioro a partir de 1960.

El déficit se estima en 120.000 viviendas actualmente, lo que equivale a decir que unas 420.000 personas están mal alojadas (un 14,5 % de la población).

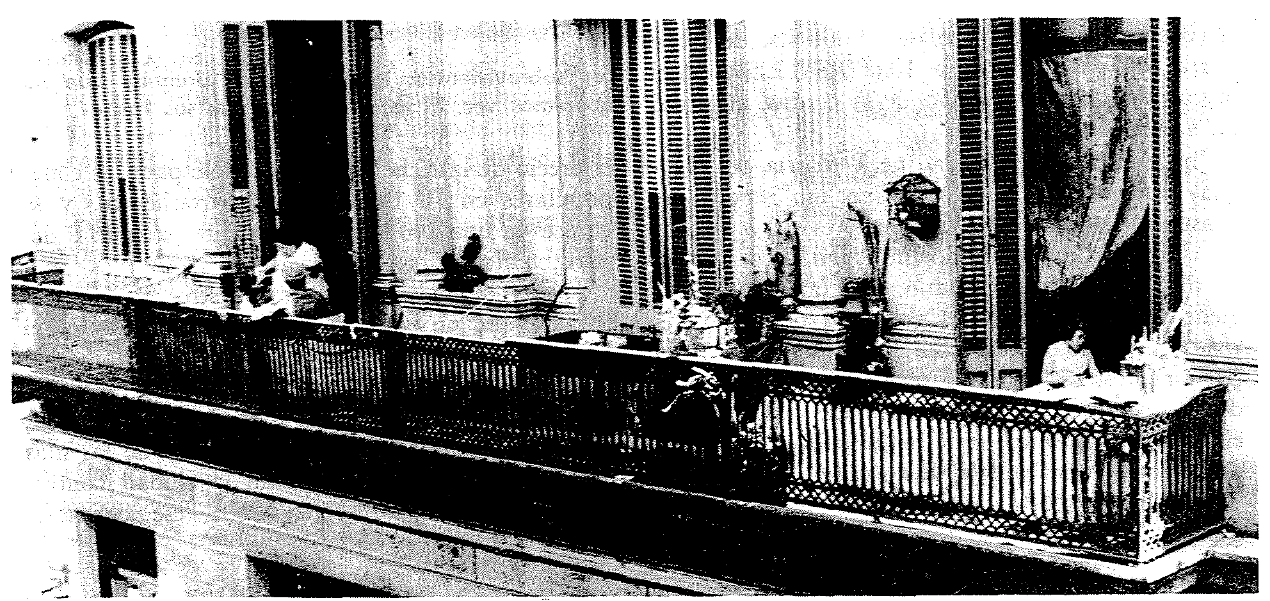
Si examinamos la situación de los servicios urbanos mínimos, comprobamos cuánto nos falta aún por hacer. En la ciudad de Rivera, en 1969, de las 12.164 viviendas existentes un 39,6 % tenía agua corriente, un 2,6 % saneamiento, un 71,7 % energía eléctrica, pero el problema es más grande aun; según las estimaciones realizadas por nosotros con el equipo del Centro de Salud, más de un 50% tienen algún defecto sanitario importante. La situación de todo el norte es similar.

El problema del hacinamiento y la promiscuidad surge de lo siguiente: hay 31.000 viviendas sin dormitorio, inadecuadas absolutamente; pero 40.000 viviendas no tienen el número necesario de dormitorios, lo que hace un total de unos 260.000 uruguayos que viven en la más terrible promiscuidad.

De todo lo dicho surge la importancia de la casa habitación para el microclima necesario a la salud; y conste que no entramos a analizar los problemas de equipamiento (todo lo relativo a los detalles de origen y distribución intradomiciliaria del agua, los desagües, los tipos de letrina o W.C., la disponibilidad de agua caliente, calefacción, luz, etc.), ni los problemas de urbanismo; sólo diremos que las graves carencias y deficiencias en ese sentido, ante el clima variable y húmedo de nuestro país, explican la magnitud de las enfermedades respiratorias y digestivas, así como todo lo relacionado a la patología cardiovascular y reumática (ésta en sentido amplio). Aún no existen en el Uruguay

El hacinamiento característico de las casas de inquilinato.

Foto: A. M. Persichetti.



estudios de correlación al respecto, pero sabemos que el problema es serio y debe ser encarado con criterio sanitario.

* La *situación alimentaria* ha empeorado sin lugar a dudas, aunque los datos precisos sean incompletos. Los resumidos datos que vimos ya sobre producción no nos dejan dudas al respecto, y poco se conoce en este momento sobre distribución, comercialización, almacenamiento y consumo real de alimentos a nivel nacional. La encuesta clínico-nutricional y alimentaria realizada en 1962 (trabajo conjunto de nuestro M.S.P. y el Comité Interdepartamental de Nutrición de los Estados Unidos), así como los trabajos de CIDE y del Ministerio de Ganadería y Agricultura, revelaron buenos promedios nacionales.

Sin embargo, la realidad por zonas, por grupos etarios, o por rubros alimentarios, son un llamado a la realidad, que no es tan halagüeña:

a) la demanda de carne y de leche bajó en Montevideo desde el comienzo de la década de los años 60; lo mismo sucedió en el interior (en Rivera el consumo de leche pasó de 13.000 lts. de leche fresca por día en 1964, a 10.600 en 1969; en el mismo tiempo la población de la ciudad aumentó en 4.000 habitantes).

b) en 1968 la Sociedad de Pediatría del Uruguay encargó al Dr. A. Delfino un estudio del consumo de leche en niños menores de 3 años y en el interior, procurando un diagnóstico no sólo de disponibilidad y consumo, sino también de higiene en el manipuleo del producto, posible pasterización, precio, etc. Se obtuvieron datos de 15 departamentos. Es imposible reseñar los resultados de dicha investigación; nos limitaremos a señalar que el panorama es sumamente sombrío. Nuestros niños de las zonas suburbanas y de los rancheríos padecen desnutrición importante, toman leche en forma irregular o escasa, en malas condiciones de higiene; el precio de la leche no era accesible para las clases populares en 10 de los 15 departamentos, y se carece de una ayuda social eficiente; sólo en 6 departamentos se pasteriza la leche;



Foto: A. M. Persichetti.

Los sobrevivientes: la cara de un Uruguay que no queremos ver. El rancherío, uno de sus rasgos.

c) en la ciudad de Rivera nuestros trabajos nos señalan que un 85% de todas las consultas en el Servicio de Pediatría del Hospital Departamental revelaron alguna forma de desnutrición (Dr. L. A. Guadalupe) en 1969; en el Centro de Salud, donde se hace control del niño sano —de las más de 12.000 familias que habitan la ciudad controlamos regularmente 3.842 en 1969— ese porcentaje fue del 20%.

Los modernos trabajos sobre nutrición han demostrado que cuando la carencia alimentaria incide en las etapas de crecimiento y desarrollo más activo —especialmente en la vida intrauterina y en el primer año de vida— se compromete seriamente la salud y por tanto la vida del niño en sus aspectos psicológicos, físicos y sociales. Monckeberg en Chile, Cravioto en México, Canosa y Viteri en Guatemala, Bulgarelli en Italia, Apley en Inglaterra, O'Connell en los EE.UU., etc., han demostrado, entre otras cosas, la disminución real de neuronas en los desnutridos, con una correlación positiva entre desnutrición en aquellas etapas de la niñez, y pequeña talla, circunferencia craneana menor, bajo cociente intelectual y bajos rendimientos escolares. Se sabe asimismo que la desnutrición —junto a otras variables sociales— condiciona la apatía, el desinterés por lo que rodea al individuo, la poca disposición al trabajo, la sumisión y el quietismo; el antropólogo norteamericano Oscar Lewis describió magistralmente la "cultura de la pobreza" en su libro "Los hijos de Sánchez", donde los problemas que comentamos afloran en toda su crudeza.

La desnutrición es hija del hambre, y ésta lo es de la pobreza, y la pobreza es un contrasentido cuando aparece en una sociedad donde otros viven derrochando hasta el hartazgo. Dice Josué de Castro que sobre el hambre se ha hecho un tabú, y el tema se soslaya siempre porque a ese respecto hay razones "cuyas raíces se sumergen en el mundo de los intereses económicos, de los intereses de minorías dominantes y privilegiadas, que siempre trabajaron para escamotear el examen del fenómeno del hambre al panorama intelectual moderno"; y que "al imperialismo económico y al comercio internacional, controlados por aquellas minorías obcecadas por la ambición del lucro, mucho interesaba que la producción, distribución y consumo de productos alimentarios continuasen procesándose indefinidamente como puros fenómenos económicos, dirigidos en el sentido de sus exclusivos intereses financieros y no como fenómenos del más alto interés social, para el bienestar de la colectividad". John Apley, por su parte, insiste en que la enfermedad más crónica del pobre es la pobreza; ésta influye en la salud física y mental y algunos de sus efectos son: mayor número de abortos y nacidos muertos; mayor número de nacimientos prematuros; mayor número de niños ilegítimos; mayor mortalidad infantil; mayor incidencia de malformaciones del sistema nervioso central; mayor morbilidad por infecciones respiratorias, fiebre reumática, raquitismo, escorbuto y anemia; menor estatura; más accidentes; más casos de enuresis; más faltas a la escuela; más casos de logopatía; más casos de delincuencia juvenil.

Aún no hay en el país estudios médico-sociológicos a este respecto. Seguramente sería motivo de sorpresa conocer la magnitud de las consecuencias de la desnutrición en vastas zonas de la república.

LA SALUD EN LA DOCTRINA Y EN LA PRACTICA

Toda actividad humana se desarrolla necesariamente en dos planos:

a) el plano de la teoría (del griego *theorein* = saber), plano abstracto, fuera del tiempo y del espacio, en orden a ideas generales con tendencia a la generalización; es el plano de la *doctrina,* que surge de las categorías fundamentales de la ciencia, la tecnología y la ética, por lo que significa, entonces, "un cuerpo sistemático de enseñanza" (doctrina, del latín *docere* = enseñar, de donde deriva docencia), un programa abstracto de acción, expresado en normas imperativas y obligatorias pero sometidas a la doble evolución, subjetiva de la ética y objetiva de la ciencia y la tecnología.

b) el plano de la práctica (del griego *praxis* = acción), plano concreto, determinado por el tiempo y el espacio, es decir la "coyuntura", y que se da en dos momentos ineludibles, el de la elaboración *ideológica* y el de la ejecución *política;* la ideología se refiere pues a la disciplina que da los criterios fundamentales en la elección de escalas de prioridad para la acción, con una opción racional frente a *fines* múltiples y alternativos: es decir, señala los objetivos; la política, por su parte, se refiere a la disciplina que da los criterios fundamentales frente a escalas de prioridad ya elegidas y que permiten optar en forma racional frente a *medios* múltiples y alternativos: es decir, indica el método.

La magnitud del fin elegido —objetivo— su importancia y urgencia, planteará a la conciencia la magnitud del esfuerzo, del riesgo y del sacrificio necesarios en la elección del medio —política a seguir—.

En el sector salud la *doctrina* nos enseña lo que surge de las ciencias médicas, de la psicología, la sociología, la antropología, la ciencia administrativa.

Pero también nos informa de una *técnica,* que indica los principios operativos de las actividades, tanto en los diagnósticos y tratamientos individuales como la transformación del medio ambiente, a través de la Medicina en general, y de la Salud Pública y la Medicina Social en especial. Finalmente la *ética* nos muestra la escala de licitud con que vamos a realizar nuestras acciones.

Pero debemos fijar los objetivos y elegir los medios, es decir los recursos para lograrlos; debemos aplicar una *ideología* y una *política* en salud; para eso debemos tomar *decisiones* sobre *qué* queremos lograr, y *con qué* y *cómo* queremos lograrlo. Estos dos momentos de la actividad van juntos pero son diferentes. Veamos:

1) Si lo que queremos es el acceso de *todos* los ciudadanos a los beneficios de la salud integral —salud-derecho— o si sólo queremos que ese acceso se haga por los esfuerzos individuales o por grupos —salud-deber—, estamos postulando ideologías diferentes. Otro ejemplo: si lo que queremos es implementar centros turísticos o por el contrario acciones a nivel nacional para elevar el consumo de alimentos de alto valor nutricional, también estamos postulando ideologías diferentes. Si creemos que la seguridad del país necesita la inversión de más de dos millones de pesos diarios en medidas extraordinarias, o en cambio postulamos asignar esa inversión en atención médica (medicamentos, oxígeno, locales de asistencia, ambulancias, sueldos decorosos al funcionariado), estamos otra vez sosteniendo diferentes ideologías.

2) Luego de la decisión sobre la elección del objetivo —mediante la consideración de escalas de importancia y de urgencia de dicho objetivo— debemos decidir con qué medios, es decir recursos, vamos a cumplir el logro antes propuesto. Vendrán la consideración del monto y estructura de dichos recursos: cuánto y qué asignaremos a nuestro sector o, por ejemplo, a Relaciones Exteriores para embajadores, funcionarios, viáticos, etc.; o, por otra parte, a pagos de deudas externas, o, aun más discutiblemente, a jubilaciones privilegiadas para los legisladores y políticos de alto nivel.

3) En fin, si para lograr el *qué,* a través del *con qué,* nos proponemos un método, es decir nos abocamos al *cómo,* entonces estamos redondeando nuestra concepción clara de la política a seguir; aquí aparecen la planificación como método operativo, y el desarrollo integral —dentro del sector y en coordinación con los otros sectores del país— como método conceptual que, en definitiva, relacionan los dos planos (el de la teoría y el de la



Foto: A. M. Persichetti.

Ministerio de Salud Pública, responsable de una "política de salud" poco visible pero actuante.

práctica) y sus tres momentos (la doctrina, la ideología y la política).

La ideología y la política en salud nos indicarán, pues, el objetivo a lograr en el sector, y la asignación de recursos y el método de trabajo a seguir.

En el Uruguay no existe una política formulada de salud; son bien evidentes las enseñanzas doctrinarias en la materia y existen los técnicos capaces para ponerlas en práctica; es muy evidente, tampién, que hay una ideología muy clara en el sector salud, completamente conforme con la ideología general imperante: lograr beneficios para unos pocos a expensas de las grandes mayorías.

POLITICA DE SALUD

Veamos cómo se maneja esa política de salud, no formulada pero no por eso menos operante.

1º Es necesario recordar que la política de salud expresa (explícita o implícitamente) la voluntad de los grupos que toman las decisiones, es decir la voluntad de los grupos de poder.

2º El responsable final de lo que resulte en la práctica es el máximo organismo rector del sector salud en el país, el Ministerio de Salud Pública, lo que equivale a decir que el responsable final es el propio gobierno. Por ello es indispensable que los responsables de la conducción político-administrativa del Estado estructuren una política de salud racionalmente formulada, que el poder político decida repensar el "qué", el "con qué" y el "cómo", y no deje libradas las acciones en salud al azar, a la improvisación, a hombres salvadores, o a cualquier otra mitificación más o menos mágica o más o menos lógica. Lo seguro es que hay siempre una decisión, pues las cosas tienen que hacerse, mal o bien. Lo que está sucediendo en nuestro país surge del hecho de que no se ha programado racionalmente una política de salud: las decisiones se toman según los intereses de unos pocos, con fijación de objetivos ajenos a los que marcan las necesidades, con marchas y contramarchas, y asignando los recursos que quedan, luego de llenarse los intereses de otros sectores que poco tienen que ver con la mejora del nivel y estructura de la salud y de los niveles de vida.

3º Al no existir una política de salud formulada se origina el caos, pues no se dispone de normas técnico-administrativas para las prestaciones de servicios de salud, como veremos enseguida.

La política de salud como conjunto de procedimientos que permiten organizar el volumen y estructura de los recursos, como medios para la obtención de los objetivos señalados, nos exige analizar aquéllos someramente.

En 1967 los *recursos* que manejaba el Uruguay en salud eran los siguientes:

RECURSOS HUMANOS

Los *médicos* en actividad en 1967 eran 2.689. La relación es de 9,66 por 10.000 habitantes o, expresado en otra forma, un médico por cada 1.035 habitantes. En el panorama internacional se observa que la URSS tiene un médico por cada 550 habitantes, Alemania uno por 730, EE.UU. uno por 790 y Argentina uno por 760 habitantes. La cifra global del país sería aceptable si la distribución fuese homogénea; pero no es así, pues Montevideo con 2.084 médicos (15,75 por 10.000) está en mejor situación que el interior con 605 (4,14 por 10.000); el departamento de Rivera tiene 3,5 y su ciudad capital 5,3 por cada diez mil habitantes. La mayoría de los médicos están concentrados en las ciudades y, dentro de éstas, en la zona céntrica. No existen datos fidedignos del número y calificación de los especialistas. Ébole ha demostrado, además, que la distribución de dichos profesionales no guarda relación con las tasas de mortalidad en los diferentes departamentos.

En el país existen unos 30 médicos especializados en administración en salud pública, pero se da la jocosa situación de que la inmensa mayoría de éstos se hallan desempeñando sus tareas clínicas habituales y no están en actividades relacionadas con aquella especialización; el colmo del absurdo se da en la ciudad de Rivera, donde hay 6 técnicos formados a nivel universitario en administración (tres médicos, un odontólogo y dos nurses), es decir a razón de uno por cada 7.843 habitantes, proporción a la que, creemos no equivocarnos, no alcanza ningún área del mundo... y todos están en sus tareas de rutina, sin ser utilizados como recurso humano especializado y sin ninguna consideración a las necesidades que aquella región tiene de tales especialistas.

— Las *enfermeras profesionales* (nurses) están a razón de 3 por o/ooo habitantes, con un rango de 5,5 para Montevideo y 0,62 para el interior (EE. UU. 29,6, Argentina 10,6. Cuba 5,1, Panamá 6,5). De ello se desprende que el 85 % de las enfermeras trabajan en la capital.

— Las *auxiliares de enfermería* están en una proporción estimada de 20 por o/ooo habs. (EE.UU. 34,4, Argentina 3,4, México 9,8).

— Las *obstetras* son menos de 3 por o/ooo; de ellas el 80% reside en la capital.

— Los *odontólogos* son 4 por o/ooo, con un 77% en Montevideo.

— Las *dietistas* representan el 0,8 o/ooo habs. y prácticamente todas están en Montevideo.

— El número de *ingenieros sanitarios* es de 10, todos graduados en el exterior; sin embargo ejercen con funciones de tales 69 ingenieros civiles.

— Los *oficiales de higiene ambiental* son 49 en todo el país; actúan en los Centros de Salud especialmente.

— Los otros técnicos del equipo de salud (farmacéuticos, veterinarios, educadores sanitarios, asistentes sociales, psicólogos, antropólogos, sociólogos mé-



Foto: A. M. Persichetti.

La escasez de "nurses" es un síntoma de la desorganización del sector.

dicos, etc.) alcanzan a un número mucho menor, por lo que resultan fácilmente comprensibles las enormes dificultades operativas para cualquier plan de salud que en algún momento se encare con seriedad. Otro absurdo de nuestra organización sanitaria es la relación aberrante en el trinomio básico de la atención médica: por una nurse hay casi 4 médicos y 7 auxiliares de enfermería.

Por último cabe decir que es exiguo el número de técnicos formados en administración en salud pública, y que no se advierte en las autoridades síntomas de preocupación por este problema, pese a que los cargos de mayor responsabilidad técnico-administrativa están cubiertos por personas no idóneas en estas disciplinas; ese temperamento es la regla en el caso de los directores departamentales de salud y de los grandes hospitales de Montevideo, en cuyo caso, además, se da el contrasentido de que sus titulares tienen que ser de la confianza política del Ejecutivo...

RECURSOS MATERIALES

En este rubro la información disponible es más imprecisa aun, lo que denota una grave incapacidad en los responsables del Ministerio de Salud Pública. Valga un solo ejemplo al respecto: en la Rendición de Cuentas de 1967 se aprobó la creación en el MSP de la División de Planificación; pues bien, a pesar de la importancia fundamental de dicho organismo, se demoró más de un año en implementarlo y ponerlo en funcionamiento. Por tanto, no hay aún un inventario preciso de los recursos materiales, tanto del sector público como del privado.

Se estima que el Uruguay dispone de 6,7 *camas hospitalarias* por mil habitantes: 8‰ en Montevideo y 5,8‰ en el interior. El 90 % pertenece a hospitales públicos, y el 80% al MSP; estas cifras se refieren a hospitales de todo tipo, por lo que es necesario aclarar que 2/3 de dichas camas están en hospitales generales. En números absolutos son 17.300 camas hospitalarias en todo el país.

Si comparamos estas tasas de disponibilidad, se observa que EE.UU. tiene 9 camas por mil, Canadá 11, Argentina 6,1, Chile 4,3 y Paraguay 2,2 por mil.

Por otra parte, considerando diferentes especialidades, vemos que en el país tenemos 1,7 camas por mil habitantes para enfermos mentales, 0,7 para bacilares, 0,25 para ancianos (en este caso se resuelven más bien problemas de asistencia social que de salud) y 0,5 para niños. Para obstetricia hay 13 camas por mil mujeres en edad fértil (15 a 49 años), lo que permite el buen nivel de asistencia institucional del parto (80% en Montevideo, 60% en el interior); el 40% de estos partos en hospitalización se hacen en camas del MSP, y se ha calculado que esa proporción podría aumentar si dichas camas no tuviesen que ser usadas para complicaciones derivadas de abortos.

Los rendimientos del instrumento *cama hospitalaria* son bajos, con índices de 15,8 egresos por cama y por año, o, si se mide en relación con la población, con 90 egresos por mil habitantes y por año (alrededor de 260.000 egresos/año, 1964); ese mismo año los EE. UU. producían 33,0 y 143,6 respectivamente, Canadá 26,9 y 158,3, Costa Rica 33,0 y 104,3, Chile 30,3 y 78,7, Trinidad y Tobago 24,2 y 75,1.

Las *consultas médicas* (así como otras consultas del equipo de salud: odontológica, de enfermería, obstétrica, etc.) no pueden ser calculadas en la etapa actual, dado el habitual subregistro. Se

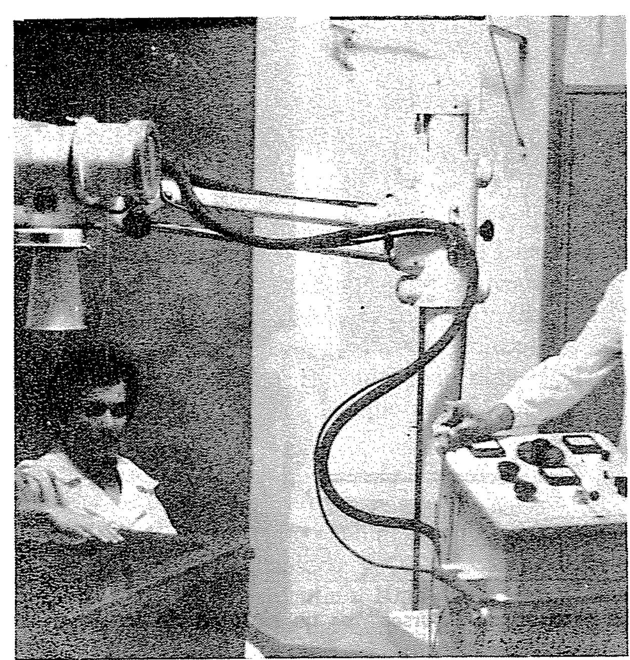


Foto: A. M. Persichetti.

Los dispositivos materiales de la atención de la salud no están aún bien cuantificados.

puede sí afirmar que las mutualistas y empresas de asistencia, que cubren cerca del 30% de la población del país —y casi el 50% de la de Montevideo—, presentan el índice más elevado, no inferior a 3 consultas por habitante y por año. Recordemos el cuadro Nº 7, que revela una parte de la realidad de este problema.

No entraremos en el análisis de otras actividades como vacunación, inspecciones, visitas: la información es muy parcial e inexacta para el nivel nacional. Sólo diremos que en términos generales, las vacunaciones se cumplen adecuadamente; se dispone de los recursos materiales necesarios, y se ha logrado un nivel útil, apropiado, para la mayoría de las enfermedades infecciosas.

RECURSOS INSTITUCIONALES

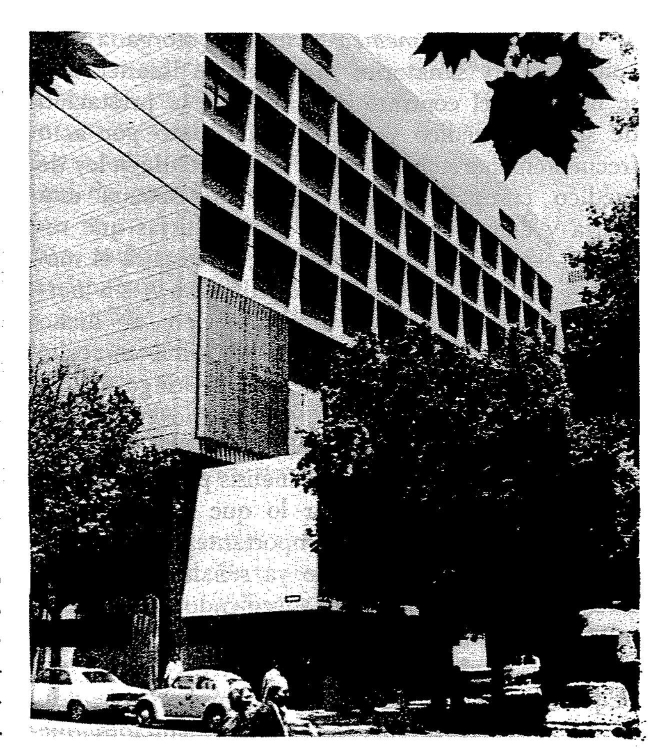
El panorama a este respecto muestra numerosos *sistemas* destinados a la prestación de servicios. Siguiendo a Suescún Caicedo podemos desglosarlos así:

a) *Atención médica estatal,* que se presta por los centros del MSP, el Hospital de Clínicas, el Hospital Militar y el Hospital Penitenciario. Está financiada por el Estado y sus beneficiarios son, en general, las personas de más bajos recursos financieros; las excepciones están dadas por determinados funcionarios estatales y militares, y por los casos especiales de ciertas enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento se hace sólo en aquellos organismos.

b) *Atención médica paraestatal,* la que se presta en sanatorios dependientes del Banco de Seguros del Estado, del sistema de Asignaciones Familiares, o por contrato en sanatorios privados u hospitales estatales. Está financiada por cotizaciones forzosas de origen tripartito (estado, trabajadores, patrones) o bipartito (estado y trabajadores). Sus beneficiarios son integrantes de la población activa, incluyendo a los trabajadores de los entes autónomos.

c) *Atención médica colectivizada*: es la prestada por las mutualistas y empresas de asistencia. Su financiación se hace por el sistema del seguro voluntario de salud y ayuda mutua solidaria, a través de aportes únicos e igualitarios, individuales o familiares. Sus beneficiarios son todos aquellos que acepten los reglamentos de las instituciones referidas. Uno de los problemas más serios en este tipo de instituciones es que no afronta la situación de los enfermos crónicos, como ser bacilares y mentales.

d) *Atención médica de los seguros de enfermedad establecidos por ley o por convenio;* es prestada por mutualistas, empresas de asistencia o centros hospitalarios oficiales, a través de convenios específicos. Se financia con cuotas de los funcionarios y otras veces de éstos y de los patrones. Sus beneficiarios son los titulares de diversos gremios y de organismos oficiales, todos pertenecientes a la población activa; frecuentemente son beneficiarios individuales, sin sus familias.



Edificio del CASMU.

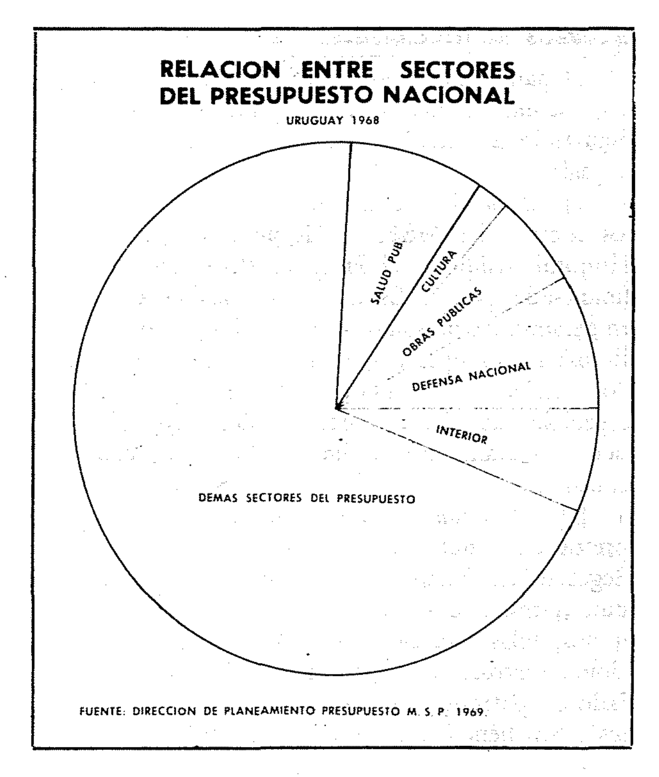
Dentro de este tipo de organización cabe la estructurada en Rivera por el Sindicato Médico local, con la creación de un Centro de Asistencia (CASMER) que otorga prestaciones por convenio a los afiliados a gremios; no admite la afiliación individual: sólo la afiliación gremial, extensiva a la familia.

e) *Atención médica privada,* otorgada por consultorios y sanatorios privados. Su financiación se hace por el contrato individual de la prestación de servicio médico y el pago inmediato por acto frecuentemente sometido a los sinsabores de la ley de médico cumplido; lógicamente tal sistema está oferta y demanda y a todas las injusticias que resultan —a veces para el paciente, otras para el médico— de una estimación individualista y sin normas preestablecidas del valor financiero de dicho acto médico. Sus beneficiarios son una minoría, constituida por quienes pueden pagar los gastos correspondientes que, además, son por lo común de carácter episódico a raíz de la enfermedad.

No podemos entrar a un análisis pormenorizado de todos estos sistemas, por lo que haremos una breve referencia a los más importantes por el volumen de sus acciones. Desde ya señalamos que en nuestro país —como está sucediendo en todo el mundo— se advierte un desplazamiento de las acciones de salud hacia formas colectivas o con participación creciente de grupos humanos organizados. El hecho es consecuencia de las dificultades que día a día aparecen para brindar una medicina individualista de tipo privado; sabemos que no sólo el proceso diagnóstico y la acción terapéutica son cada vez más caros, sino que su complejidad actual exige que se implementen adecuadamente los diversos instrumentos administrativos con una más eficaz coordinación, el trabajo de equipo, la programación, etc. Por otra parte esta tendencia nos indica el camino natural de los seres humanos a asociarse, siguiendo el movimiento constante de la personalización-socialización.

Los *organismos principales* encargados de prestar las acciones concretas de salud son:

a) El *Ministerio de Salud Pública,* organizado según pautas de centralización normativa y ejecutiva, con estructuración administrativa vertical y



separación artificial de las acciones de fomento y protección de la salud por un lado y las de recuperación y rehabilitación por otro. Estas últimas predominan netamente: absorben el 73,6 % del presupuesto total.

Los recursos materiales del MSP eran en 1968 de 61 hospitales —15 de ellos en Montevideo—, 7 puestos de socorro, 25 centros de salud y 122 policlínicas; ese año hubo una disponibilidad de 12.831 camas, de las cuales 8.432 en Montevideo.

Los recursos humanos en 1968 fueron de 13.754 cargos distribuidos por programas (desde 1968 se incorporó, como paso muy positivo, el presupuesto por programas); el programa de atención médica curativa y de rehabilitación absorbió el 81 % de

dicho personal. El número de médicos era de 1.049, el de enfermeras de 370, auxiliares de enfermería 1.549 y administrativos 1.879.

Los recursos financieros propuestos ascendieron a $ 3.474:000.000, lo que equivale al 5,7 % del Presupuesto General de la Nación (figura 3).

Sobre las actividades realizadas nos remitimos nuevamente al cuadro Nº 7; sólo agregaremos que los rendimientos son bajos, con un promedio de estada de 13,7 días en los hospitales de agudos de Montevideo y 29,6 en los del interior; hubo un total general para el país de 54 egresos por mil habitantes, y un porcentaje ocupacional bueno en Montevideo (81 %) y malo en el interior (64,1 %).

El estudio completo de la situación del MSP —necesariamente muy complejo— nos permite trasmitir a los lectores las conclusiones de quienes se han ocupado seriamente del tema, y que pueden resumirse en lo siguiente: hay falta de coordinación e integración de los diferentes servicios; hay falta de uniformidad en las normas y procedimientos administrativos, contables y estadísticos; hay mala distribución geográfica de los recursos humanos y materiales; hay métodos nefastos para la selección del personal, y escasez de éste; hay bajo rendimiento de los recursos; hay duplicación de acciones; hay ausencia de criterios técnico-administrativos para implementar las acciones; hay falta de autonomía local y de niveles intermedios (regionalización); hay falta de adiestramiento y educación en servicio; hay falta de programación detallada y por tanto de evaluaciones.

En síntesis, reina la *situación paradójica de la escasez con derroche.* El caos ya habitual, los cierres de hospitales, la separación de sus cargos a determinados técnicos, la falta crónica de medicamentos y aun de oxígeno, la mala comida y la mala atención a los pacientes, la suciedad y la desprolijidad, la muerte de pacientes por falta de asistencia, no son más que síntomas de la podredumbre del sistema y del manejo que hacen algunos personajes de los dineros de la comunidad; las causas de esa situación, por su parte, condenan al fracaso cualquier tibio intento de mejora o cambio. Como una prueba más de la profundidad estructural de estos problemas, es oportuno transcribir lo que, ya en 1956, decía el llamado "Informe Hall": "Sin embargo se hacen interpretaciones de la ley presupuestal según los intereses de cada uno, y con o sin razón, en la práctica son muy pocas las reorganizaciones efectuadas. En casi cada caso hay una resistencia suficientemente fuerte como para frustrar la tentativa." De más está decir que el informe apenas fue considerado por las autoridades, y duerme el sueño de los justos en archivos y sótanos del ministerio.

b) *Las mutualistas y organismos afines.* Fueron reglamentadas por el decreto-ley Nº 1.0248 del 13 de febrero de 1943, que consideró cinco grupos de organismos en este sub-sector:

— las *sociedades mutualistas* propiamente tales, inspiradas en propósitos de mutuo socorro y que otorgan a sus asociados asistencia médica y a veces ayudas subsidiarias, sin perseguir lucro y con capital social que pertenece a todos los afiliados;

— las *sociedades de producción sanitaria,* con iguales finalidades que las anteriores, pero que están organizadas por instituciones gremiales médicas con personería jurídica;

— las *sociedades gremiales de asistencia médica,* con iguales finalidades y sin fines de lucro, organizadas por entidades industriales, comerciales o gremiales, que otorgan asistencia médica a sus empleados y obreros y están sostenidas por trabajadores y empresarios;

— las *sociedades médicas de asistencia,* organizadas por los técnicos de la salud, que no actúan

inspiradas solamente por móviles solidarios, y que otorgan asistencia mediante el pago de retribuciones periódicas;

— las *empresas comerciales de asistencia,* organizadas por particulares frecuentemente ajenos a las profesiones de técnicos de la salud —que emplean a éstos—, y cuyos fines son de lucro, con manejo de capitales propios.

El mutualismo y las organizaciones afines surgieron como reacción frente al deterioro y encarecimiento de la atención médica individual y familiar. Las normas dictadas en el momento de su reglamentación fueron eficaces; el sistema funcionó, hasta que la crisis económica y social iniciada en la década de los años cincuenta afectó también al sector salud; en esos años comenzó el gran problema del mutualismo, que hoy día tiene un grueso déficit (130 millones de pesos en 1967, sólo en Montevideo).

En 1967 había inscripta en el MSP instituciones de Montevideo con 647.252 afiliados, y 66 instituciones del interior con alrededor de 50.000 afiliados (cifra estimada; se carece de información precisa); un hecho de interés es que en los últimos cuatro años el volumen de afiliados ha permanecido casi incambiado. El 80 % de los afiliados están en las instituciones grandes (con más de 10.000 afiliados), que son las que han presentado el mayor déficit: más de 102 millones de pesos.

Los problemas del mutualismo —siguiendo el deterioro general— provienen especialmente de estos hechos: imposibilidad de mayor cobertura, por la incapacidad financiera de la población, dados los costos de asistencia; imposibilidad de dar una mejor calidad de atención, por el mismo motivo; ausencia de cobertura para la enfermedad crónica, en especial para bacilares y psicópatas; problemas de hospitalización, ya que tan sólo 15 instituciones disponen de sanatario propio; las demás contratan camas o pagan la hospitalización caso por caso; problemas de capacidad instalada ociosa, en lo que tiene que ver con locales, aparatos, salas de operaciones, etc.; duplicación de acciones; bajos rendimientos y costos excesivos; competencia absurda entre instituciones, que al pretender captar socios (a través de los "productores de afiliados") logran bajar el nivel de atención; ausencia de registros y de datos estadísticos —salvo escasas excepciones— que dificultan las posibilidades de programación futuras; bajas remuneraciones al personal de todos los niveles que, en el caso de los médicos, los obliga a correr todo el día cumpliendo horarios en diversas mutualistas o empresas de asistencia.

Como consecuencia: pacientes mal atendidos en la morbilidad, y sin cobertura en la prevención de enfermedades.

Los gastos del mutualismo de Montevideo ascendieron a $ 3.161:075.100 en 1967; ese año el déficit alcanzó a $ 130:000.000. No tenemos cifras precisas del interior, pero se estima que la situación es también grave.

c) El *Hospital de Clínicas,* que pertenece a la Universidad de la República, es antes que nada un hospital docente; la calidad de la medicina que en él se imparte, y para algunas acciones médicas el hecho de que sólo allí se realizan, han cimentado el prestigio de la institución. Es un hospital general, de agudos y de carácter nacional, porque a él llegan pacientes de todo el país; el 34,2 % son del interior. Corresponde a Canelones el índice más elevado (12,1 %).

Su organización ha permitido incorporar las mejores técnicas administrativas; los problemas que presenta se deben fundamentalmente a los serios apuros económicos por los que viene atravesando, a raíz de la demora o falta de los aportes presupuestales por parte del gobierno.

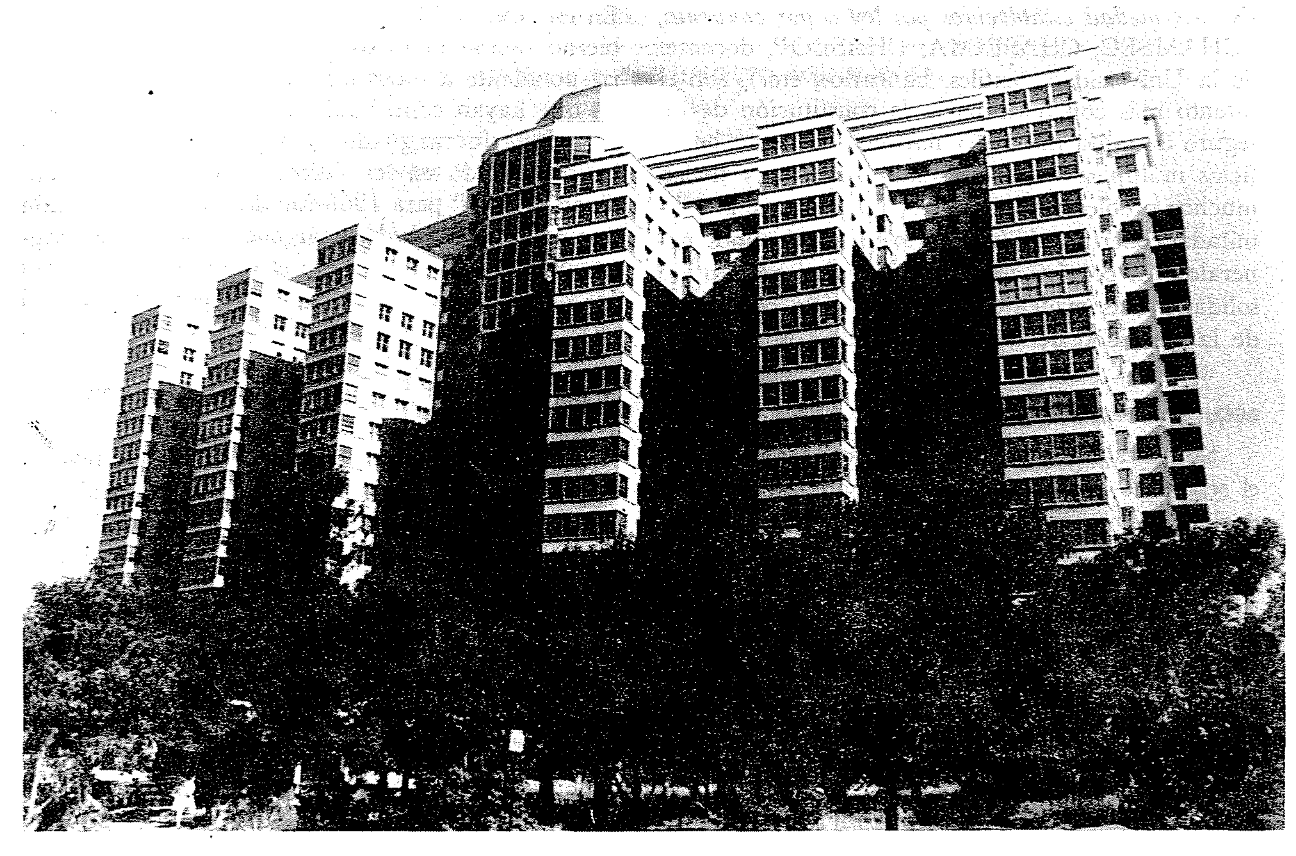


Foto: A. M. Persichetti.

Un ejemplo y orgullo nacional, hoy asfixiado por penurias económicas.

El hospital dispone de 607 camas de internación aguda; en el cuadro 7 se aprecia el volumen de sus acciones. Su presupuesto fue en 1967 de $ 298:366.700, de cuyo total el 66,3 % se vertió en sueldos.

Sus rendimientos son bajos, de ahí que considerando su porcentaje ocupacional elevado, y el hecho de tratarse de un hospital docente, entendamos esa situación que, por otra parte, es habitual en organismos de este tipo. Aparte de los aspectos comentados es necesario destacar que, en el terreno de la investigación científica original, el Hospital de Clínicas está entre los más cotizados del continente.

d) Las instituciones médicas dependientes de *Asignaciones Familiares,* al igual que los *seguros*

de enfermedad establecidos por ley o por convenio, (CHAMSEC, CHASEIMA, CHASEOP, docentes de la Universidad, textiles, bancarios, etc.), son el intento más coherente hacia la constitución de un seguro de salud integral y nacional. Otorgan beneficios múltiples —que no analizaremos— y tienen muchos problemas financieros, pero aun con su limitada cobertura funcionan bien en términos generales; es común entre sus afiliados un sentido solidario más evidente y una toma de conciencia de la necesidad de un sistema médico integral.

RECURSOS FINANCIEROS

Si contabilizamos todo el gasto realizado en el sector, los volúmenes globales son importantes; en 1963 dicho gasto alcanzó al 5,3 % del Producto Bruto Interno, lo que significó un equivalente a 43,8 dólares por persona/año, de los cuales 15 correspondieron al gasto público y 28,8 al privado.

CUADRO 11

Gastos del sector salud
Uruguay, 1963

I - Organismos públicos 34 %	Administración central	25.8 %
	Organ. autónomos y paraestatales	8.2 %
II - Organismos privados 66 %	Mutualistas y afines	32.5 %
	Consultorios médicos privados	11.1 %
	Consultorios odontológicos privados	10.0 %
	Medicamentos: consumos privados	8.2 %
	Clínicas privadas	3.9 %
	Laboratorios clínicos	0.3 %
100 %		100.0 %

Fuente: Villar, H., Nowinski, A., con datos de CIDE - 1967.

En ese año el 13,3 % de los gastos totales del gobierno fueron destinados a salud (sumando lo correspondiente a todos los ministerios y entes oficiales que hayan contribuido al sector), de los cuales un 6,5 % fue asignado al MSP. Esos porcentajes ha disminuido en los últimos años; el correspondiente al MSP para 1968 fue de 5,7 %, proporción que está dentro de los márgenes bajos de las asignaciones del sector en todo el mundo. Los cuadros 11 y 12 nos muestran las cifras porcentuales del sector en conjunto, y del MSP en relación con las otras dependencias del gobierno; el cuadro 13, porcentajes y gastos por persona en relación con otros países.

La consideración de estos cuadros nos revela:

1º El monto total de los gastos en salud está dentro de márgenes apenas aceptables. 43,8 dólares/persona/año que significaron 116:450.000 dólares en aquel año (eran unos 2.300 millones de pesos de ese entonces).

2º Que ese esfuerzo está realizado en sus dos terceras partes por los organismos privados.

3º Que el porcentaje de gastos gubernamentales ha bajado, lo que es muy evidente en las partidas presupuestales específicas del MSP; una secuencia inexorable así lo señala: 1944: 9,05 %; 1955: 9,50 %; 1963: 6,50 %; 1968: 5,70 %.

4º Que en relación con otros países de América el esfuerzo gubernamental es de mediano nivel; mucho más puede y debe hacerse.

5º Que es muy clara la ideología y la política de nuestros gobernantes, cuando asignan presupuestalmente recursos similares a Salud, Cultura y Obras Públicas por un lado (11,94 %), y Defensa e Interior por otro (11,54 %). Estas relaciones porcentuales hoy en día están totalmente modificadas, con un crecimiento notable en favor de los organismos de armas.

CUADRO 12

PRESUPUESTO GENERAL Y PRESUPUESTO DEL MSP (*)
URUGUAY, 1968

Presupuesto Nal. de sueldos, gastos e inversiones		$ 60.730:	100 %
Poder Legislativo: Parlamento		$ 640:	1.05 "
Poder Ejecutivo:	Presidencia de la República	$ 195:	0.32 "
	Ministerio de Defensa Nacional	$ 3.829:	6.30 "
	" del Interior	$ 3.186:	5.24 "
	" de Hacienda	$ 2.355:	3.91 "
	" de Relaciones Exteriores	$ 1.365:	2.25 "
	" de Ganadería y Agricultura	$ 1.286:	2.11 "
	" de Industria y Comercio	$ 178:	0.24 "
	" de Transporte, Comunicaciones y Turismo	$ 1.125:	1.85 "
	" de Obras Públicas	$ 2.173:	4.46 "
	" de Cultura	$ 1.074:	1.76 "
	" de SALUD PÚBLICA	$ 3.474:	5.72 "
	" de Trabajo y Seguridad Social	$ 625:	1.02 "
Poder Judicial:		$ 554:	0.91 "
	Tribunal de Cuentas	$ 50:	0.08 "
	Corte Electoral	$ 204:	0.33 "
	Tribunal de lo Contencioso Administrativo	$ 15:	0.02 "
Obligaciones Generales del Estado: AFE, SOYP, OSE, etc.		$ 18.947:	31.20 "
Otros		$ 19.119:	31.51 "

(*) En millones de pesos. — Incluye el presupuesto inicial, con funcionamiento, transferencias e inversiones.
Fuente: Dirección de Planeamiento Presupuestario, M. S. P. — 1969.

En definitiva, la cobertura de este sistema médico se hace con:

— un 52 % por el MSP, el Hospital de Clínicas y otros organismos oficiales, que atienden especialmente al indigente y a personas con procesos que se tratan sólo en esos centros; tienen estrechez presupuestal y limitación de recursos indispensables;

— un 38 % por las mutualistas y organismos afines (seguros voluntarios de salud), así como por los sistemas de seguro por compromiso contractual obligatorio; en general tienen suficientes fuentes de financiación de origen estatal, laboral y patronal;

— un 10 % a través de las prestaciones médicas privadas, con orientación solamente curativa, y sin limitaciones de recursos.

Esta cobertura es desigual en cuanto a la calidad de atención; en esquema podemos decir que ésta decrece desde la atención estatal a la privada,

CUADRO 13

Gastos del Sector Salud

Porcentaje de gastos gubernamentales y gastos absolutos por persona (*) en diferentes países de América (*). Alrededor de 1964

	Porcentaje	U$S
Guayana Británica	26.0 %	9.00
Costa Rica	25.1 %	13.70
Puerto Rico	22.0 %	27.90
Venezuela	20.7 %	29.85
Guatemala	18.0 %	3.45
Canadá	16.7 %	66.10
Barbados	14.5 %	13.20
URUGUAY	13.3 %	43.80
Honduras	12.0 %	2.50
Trinidad y Tobago	11.3 %	14.40
Colombia	10.3 %	2.38
Estados Unidos	6.7 %	40.40

(*) En dólares/persona/año.
Fuente: Las condiciones de salud en las Américas — OPM/OMS — 1966.

con las pocas excepciones que representan el Hospital de Clínicas, el Instituto de Radiología y determinados servicios del MSP.

SINTESIS DEL DIAGNOSTICO

La síntesis de nuestro diagnóstico puede formularse en las siguientes premisas:

1) El sujeto en estudio se ha deteriorado en los últimos años, desde 1950, en forma paralela al deterioro general de todos los sectores de la vida nacional.

2) Esto ha obligado a mantener una situación de subdesarrollo, con un nivel y estructura de la salud estacionados, con factores condicionantes que a muy breve plazo empeorarán aquel nivel y estructura; diríamos con Mario Otero (NUESTRA TIERRA, Nº 7) que el Uruguay es "un país en franco enrollo si no queremos decir en enrollo acelerado".

3) Que existen claramente —aunque no formuladas explícitamente— una ideología y una política de salud, que no contemplan las verdaderas necesidades de las grandes mayorías de uruguayos, y sí lo que interesa a pequeños grupos, tal como acontece en los otros sectores de la actividad del país.

4) A modo de colofón de este capítulo, transcribiremos las conclusiones del informe del Dr. F. Suescún Caicedo —consultor de la Organización Mundial de la Salud— luego del estudio que realizara en el Uruguay en 1968:

"— En la República Oriental del Uruguay existe una mezcla de servicios de atención médica, públicos y privados, con distintos niveles de prestación de servicios en lo que respecta a cantidad y calidad.

— Los servicios se caracterizan además por tener distinta organización y diferentes fuentes de financiación; duplicación de servicios; carencias de normas que regulen las prestaciones de los mismos; ausencia de coordinación entre sí y con otras instituciones, como la Universidad; falta de integración de servicios preventivos y curativos; centralización administrativa; aumento constante de costos; falta de personal calificado; y estancamiento de las instituciones en el campo administrativo que facilite el mejoramiento de sus servicios.

— Pluralidad de regímenes de seguridad social con tasas de cotización elevadas de asegurados y patronos, que coloca de hecho en categoría de privilegio a los grupos protegidos por estos sistemas.

—Tendencia marcada hacia la instauración y extensión de seguros médicos voluntarios que ac-

túan paralelamente con los establecidos por ley y con la atención médica privada, bajo un sistema coordinado que se diferencia notoriamente del sistema estatal, por la calidad de servicios y de usuarios.

— Incoordinación entre las diferentes instituciones pertenecientes a regímenes de seguridad social y entre éstas y el MSP y la Universidad.

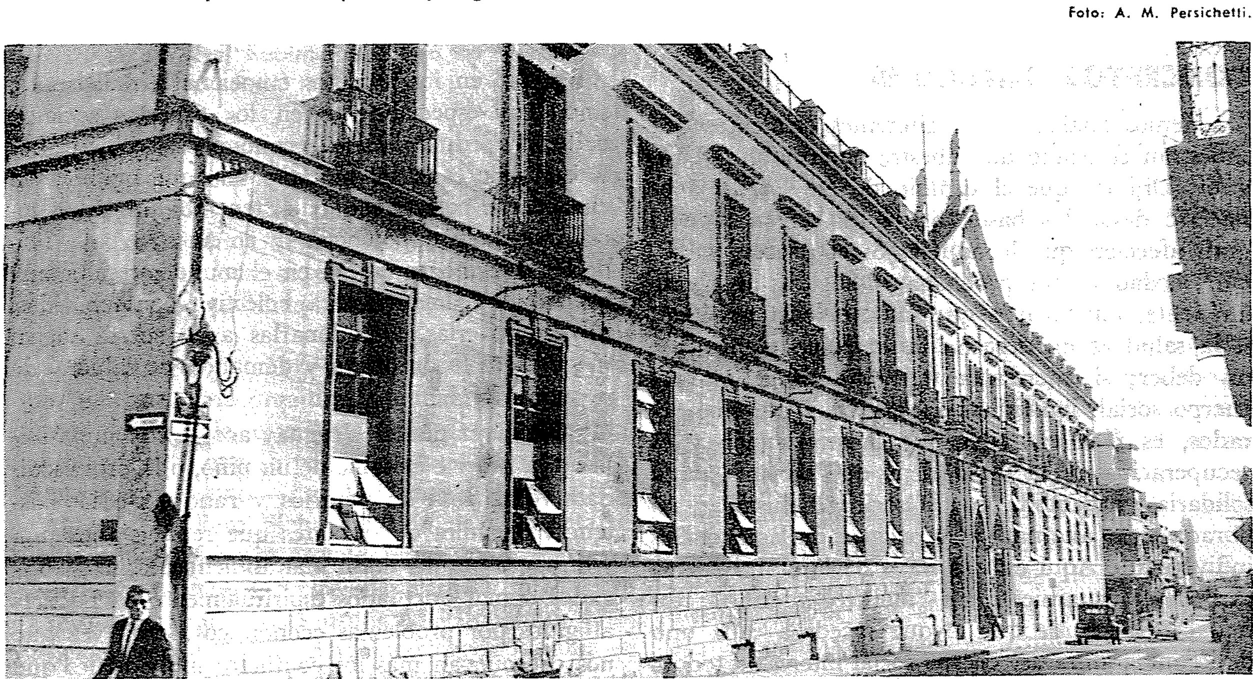
— Escasez de personal técnico, administrativo y auxiliar, debidamente adiestrado en los campos de la salud y la administración.

— Aumento de los costos de la atención médica por duplicación de servicios, subutilización de los mismos y deficiente administración."

Poco queda por agregar; sólo diremos que el *pronóstico* necesario luego de todo lo estudiado, por lógica, tampoco se ha formulado; es grave, ciertamente, e indica que el sistema no resiste más, que lo único posible es cambiarlo en sus mismas bases, según el modelo que veremos.

El venerable Hospital Maciel, cifra y signo de las carencias más notorias.

Foto: A. M. Persichetti.



TRATAMIENTO A LA SITUACION DEL DIAGNOSTICO

CONCEPTOS GENERALES

Hemos analizado los diferentes elementos que muestran el estado de "nuestro enfermo", el Uruguay. Dijimos que el cambio de ese estado debe hacerse desde las bases, desde los orígenes de la gran afección que lo aqueja. Si el proceso salud-enfermedad es un problema ecológico, de medio ambiente, mucho más que un problema genético; si la salud es un derecho tanto como o más que un deber; si interesa a todos los miembros del cuerpo social, individual o colectivamente considerados, es fácil entender que la prevención y la recuperación de la salud tiene que ser una tarea solidaria emprendida por la sociedad misma y no librada a las alternativas y peligros de las acciones individuales. Aquí está la clave de la etapa operativa en el tratamiento de "nuestro enfermo"; tomar conciencia de que lo que sucede a cada uno de los integrantes del cuerpo social interesa a todos; y no sólo en los aspectos emocionales del asunto, sino muy especialmente en los aspectos sociales, culturales, educacionales, económicos, políticos, por lo que vale cada ser humano y lo que significa en el esfuerzo colectivo. Todos tenemos un valor social realizado o potencial, y en nuestro país, uno de los que menos crecen en el mundo, resulta una necesidad y una ceguera colectivas perder vidas, no promoverlas, abandonarlas a su suerte en un juego alocado de oferta y demanda de salud y de niveles de vida.

Cada vez que el Uruguay acepte con impasibilidad la muerte evitable de un niño, o la promiscuidad vergonzosa de tugurios y ranchos, o la existencia de miles de escolares que repiten años una y otra vez porque están mal alimentados, mal abrigados o mal orientados espiritualmente en hogares afligidos por problemas económicos; cada vez que nos conmuevan más los conflictos individuales que



Foto: A. M. Persichetti.

Un adecuado nivel habitacional está en la base de todo plan orgánico de salud.

los cotidianos dramas colectivos de nuestros cantegriles, de nuestros pueblos de ratas, de nuestros hospitales en ruinas, de nuestras escuelas con locales misérrimos, de la desnutrición de nuestros niños. cada vez que suceda eso, estaremos hipotecando más y más nuestra posibilidad de avizorar las soluciones reales.

En el sector salud, pues, la solución vendrá por una medicina organizada a nivel nacional, integral e integrada, que sirva a todos, sin desniveles agraviantes, y que se pague en función y medida de lo que cada uno —o cada familia— posea como riqueza real. Pero dicha solución debe intentarse lo más integralmente posible, teniendo presente las funciones específicas y las inespecíficas de los organismos de salud. Las primeras —fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud— son propias de tales organismos; las otras tienen que ver con acciones dirigidas más bien al medio ambiente, e implican la elevación de las condiciones socio-económicas, educacionales, habitacionales, alimentarias, etc., lo que prueba una vez más que no puede trabajarse en salud sólo en el plano puramente médico, sino que también es preciso coordinar tales funciones específicas con un plan nacional de desarrollo. Pero es necesario señalar que la doctrina nos dará normas de esa medicina en función del hombre, que la ideología de tono humanista fijará la prelación que el sector salud tenga frente a los otros sectores, según la importancia que se asigne a todos los objetivos, para luego implementar los recursos adecuados. De la consideración de estos elementos surgirá una inversión equilibrada de todos los recursos disponibles para todos los sectores, y si resulta que para el de la salud no pueda variarse la proporción de la asignación —recordemos que era del 5,3 % del P.B.I.— cabe señalar que "el aumento de la productividad extrasectorial va a contribuir significativamente a un mejor nivel de salud en la medida en que la política del sector agrario redunde en una mayor disponibilidad de alimentos per cápita, que la política educacional eleve el nivel de instrucción actual, que la política de viviendas y urbanización brinde tasas crecientes de saneamiento, que la política laboral elimine la desocupación y aumente los ingresos del grupo económicamente activo, y que la política de seguridad social tienda a cubrir todos los riesgos integrándolos sobre una base más racional y justa" (. . .).

De ahí que necesitemos como primera medida formular explícitamente una doctrina, una ideología y una política de salud, que puedan en alguna medida operar por sí mismas, pero que, lógicamente, rendirían al máximo si estuvieran integradas en un plan general de desarrollo armónico.

DOCTRINA, IDEOLOGIA Y POLITICA DE SALUD

La *doctrina* surge de las ciencias médicas y sociales como saber adquirido metódicamente; nos da las bases para "respuestas mejor calibradas al dónde vive la gente y cómo vive la gente, de qué y por qué enferma y de qué y por qué muere, y en consecuencia, un mejor conocimiento de las necesidades en salud que debemos satisfacer (. . .)". Pero también surge de la técnica, que con su arsenal increíble de procedimientos, de posibilidades de innovación, nos está indicando la mejor manera y los medios más eficaces para hacer bien las cosas. La ética, por su parte, nos indica el principio fundamental de moral social que antepone a otras cosas "el derecho fundamental de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición económica o social", para el goce del grado máximo de salud que pueda lograr una comunidad dada. La doctrina nos enseña a hacer diagnóstico y nos da "un programa abstracto de acción, expresado en normas imperativas y obligatorias —por dictar exigencias a la acción— pero que están sometidas a la doble evolución, subjetiva de la ética y objetiva de la ciencia y la tecnología", tal como hemos escrito en páginas anteriores.

Es así como surgen tres principios doctrinarios básicos que fundamentan nuestras acciones:

a) *Principio de universalidad,* por el que las acciones de salud deben llegar a todos los miembros de la comunidad, a través de la célula social básica, la familia.

b) *Principio de continuidad,* por el que la atención médica debe llegar en forma continua y oportuna a todos los miembros de la sociedad desde la concepción hasta la muerte.

c) *Principio de integralidad,* por el que todos los conocimientos sobre estos temas se apliquen al ser humano —sano o enfermo—, a su universo interno y a su universo externo, en la formación de una conducta sanitaria en la población y en los integrantes del equipo de salud, en la estructuración técnica y administrativa del sector y de los otros sectores del desarrollo económico-social, para obtener un mejor nivel de salud y un mejor nivel de vida.

Estos principios básicos se complementan con principios coadyuvantes, que postulan:

a) *El trabajo en equipo,* pues necesariamente las actividades en salud, por su complejidad creciente, deben ser realizadas con equipos multidisciplinarios, en los cuales una adecuada división del trabajo impulse la suma de efectos en el resultado. El equipo mínimo (médico, nurse y auxiliares de enfermería) debe ser ampliado en cada circunstancia particular con los integrantes naturales: odontólogo, químico, auxiliar especializado, ingeniero sanitarista, especialista en salud pública, sociólogo, psicólogo, funcionario administrativo, asistente social, visitadora sanitarista, antropólogo, estadístico, funcionario de servicio, etc., y recordando que, para las acciones en torno al niño, también la madre y el maestro forman parte de este equipo ampliado.

b) Las *notas esenciales* de las acciones médicas, que deben ser: suficientes en calidad, concentración y cobertura; eficientes; oportunas; económicas; y, sobre todo, humanas.

c) El respeto a las *directivas de la ciencia y arte de la administración,* con la consideración de las grandes funciones administrativas: dirección; organización; coordinación; supervisión y control; planificación y programación; centralización normativa; descentralización ejecutiva; regionalización sanitaria; presupuestación programática; evaluación permanente y periódica.



La complejidad creciente de las acciones en salud exige un imprescindible trabajo de equipo.

La *ideología*, al otorgarnos las escalas de prioridad para valorar los criterios de la acción, nos pone frente a fines múltiples y alternativos, que nos obligan a optar "por esto antes que por aquello". Las escalas de la importancia y de la urgencia cobran así todo su valor en la determinación del objetivo. La única ideología aceptable, pues, debe ser la que permite consagrar en el "aquí y ahora" de la coyuntura aquel derecho fundamental para todos y cada uno de los miembros de la familia uruguaya: la salud. De ahí que el logro de ésta deba anteponerse a cualquier otro logro: inversiones suntuarias en balnearios de lujo; crecimiento del ejército y de la policía que no esté destinado a la protección de la vida de los ciudadanos y de sus bienes, es decir la protección de su nivel de vida y por tanto de su salud; un servicio diplomático absolutamente ineficaz y hasta vergonzoso (con las lógicas excepciones); una máquina burocrática asfixiante; estafa de los seguros de vejez, con jubilaciones de privilegio para unos pocos. La lista podría ser dolorosamente extensa.

La *política de salud*, nos permite optar ante medios múltiples y también frecuentemente alternativos; nos dará el método, el modo de alcanzar el objetivo; aquí ya estamos de lleno en la coyuntura, en lo concreto. De ahí que la asignación precisa de los recursos deba hacerse con una herramienta: la planificación.

La planificación en salud debe integrarse a la planificación nacional en un plan de desarrollo, tal como lo hemos señalado; la autoridad legal

máxima debe ser el ministerio de Salud Pública, como instrumento planificador y coordinador, de ahí que la primera reforma debe operarse en el propio ministerio. Estos cambios deben respaldarse en la ley orgánica del MSP, que define normas técnicas, administrativas, estadísticas y contables; debe asimismo existir un Código Sanitario y un Estatuto de los Trabajadores de la Salud.

La planificación debe fijar metas realistas en las funciones específicas del sector (fomento, protección, recuperación, rehabilitación y funciones de servicio), así como en las funciones inespecíficas (por la coordinación con los otros sectores sociales en el plan nacional). En un plan de salud no puede relegarse al olvido todo el capítulo de la investigación médica y médico-social, la educación y el adiestramiento en servicio y la formación de los técnicos y funcionarios de la salud que el país necesite.

Finalmente, la gestación y realización del plan debe hacerse por los técnicos y por la comunidad organizada; el estado (MSP) será solamente el elemento coordinador y normativo del plan.

EL SEGURO NACIONAL DE SALUD

Entre las formas de prestación colectiva de las acciones de salud están los seguros —voluntarios u obligatorios— que constituyen uno de los sistemas ya vigentes en nuestro medio; como hemos visto, son muy poco extensos y presentan problemas de calidad de atención, de administración, etc.; están también las diferentes formas de medicina socializada, y, como fórmula evolutiva intermedia, los seguros nacionales, de carácter obligatorio. La tendencia natural hacia formas socialistas de convivencia, mediante el proceso de personalización-socialización, a lo que se ha venido agregando la complejidad creciente de las acciones médicas y por tanto su costo creciente (duplica el aumento del costo de la vida), han determinado que estos sistemas de prestaciones colectivas sean las formas operativas de elección para obtener adecuados niveles de salud. Esta aseveración cobra total valor en los países de régimen capitalista como el nuestro, y más aun cuando estamos en una franca situación de subdesarrollo; el costo de la salud y el precio de la enfermedad debe ser absorbido por la comunidad toda y no quedar a la deriva, bajo las dificultades de las decisiones individuales. El cuadro siguiente muestra bien la relación con el costo de la vida:

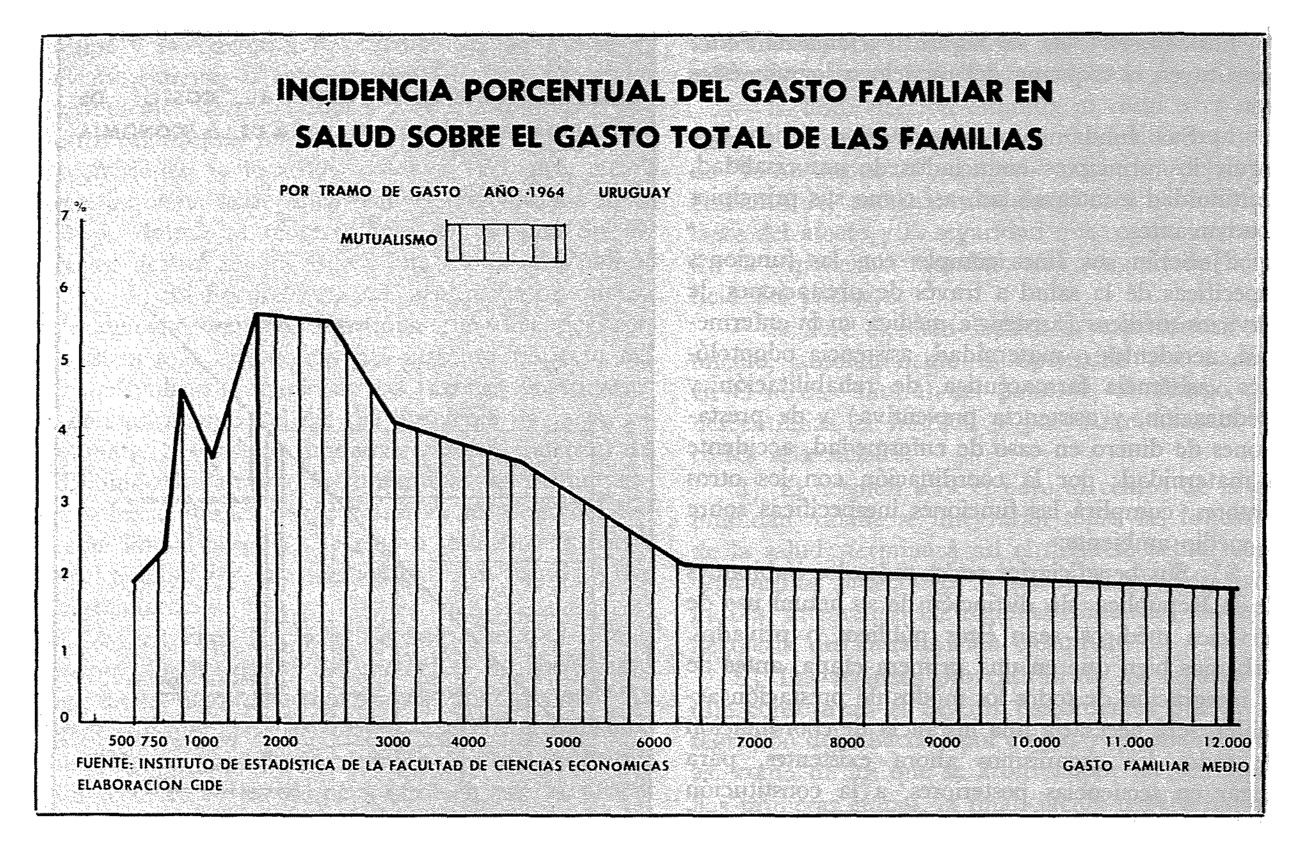
Si examinamos las figuras 10 y 11 tenemos nueva información sobre la magnitud del factor gasto (a nivel familiar), así como del costo médico global en diversos tipos de países:

CUADRO 14

Relación de los aumentos costo de vida y costos médicos en Uruguay

	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963
Costo de la vida	100	109	144	196	265	364	419
Costos médicos	100	113	148	205	245	289	241

Fuente: Gabay, M.: La salud, dramático dilema. — 1966.



— la incidencia porcentual del gasto familiar fue examinada en el mutualismo y se demostró (figura 10) que es mayor precisamente en los tramos de gasto menores; es decir, las familias más modestas;

— en los aumentos globales sucede algo terrible respecto de nuestra realidad económica: el escalón que significa la diferencia entre la riqueza real medida por el PBI (es decir bienes y servicios disponibles para la comunidad) y el costo de la atención médica tiende a hacerse siempre mayor, aun en una economía creciente, pero esa diferencia es cada vez mayor si el país en cuestión retrocede (como pasa con el Uruguay). Eso señala dos cosas: primero, la gravedad de la situación medida en términos financieros, y segundo, que la atención médica debe pasar a ser un problema en el que nos interesemos e intervengamos todos.

Tal como vimos anteriormente, nuestro sistema actual de salud, con esta mezcla de modos individuales y modos colectivos de prestación, con medicina estatal y medicina más o menos privada, ha discriminado con injusticia y diferencias irritantes, una medicina cómoda del rico, y una medicina gradualmente incómoda para el ciudadano común o con limitaciones financieras.

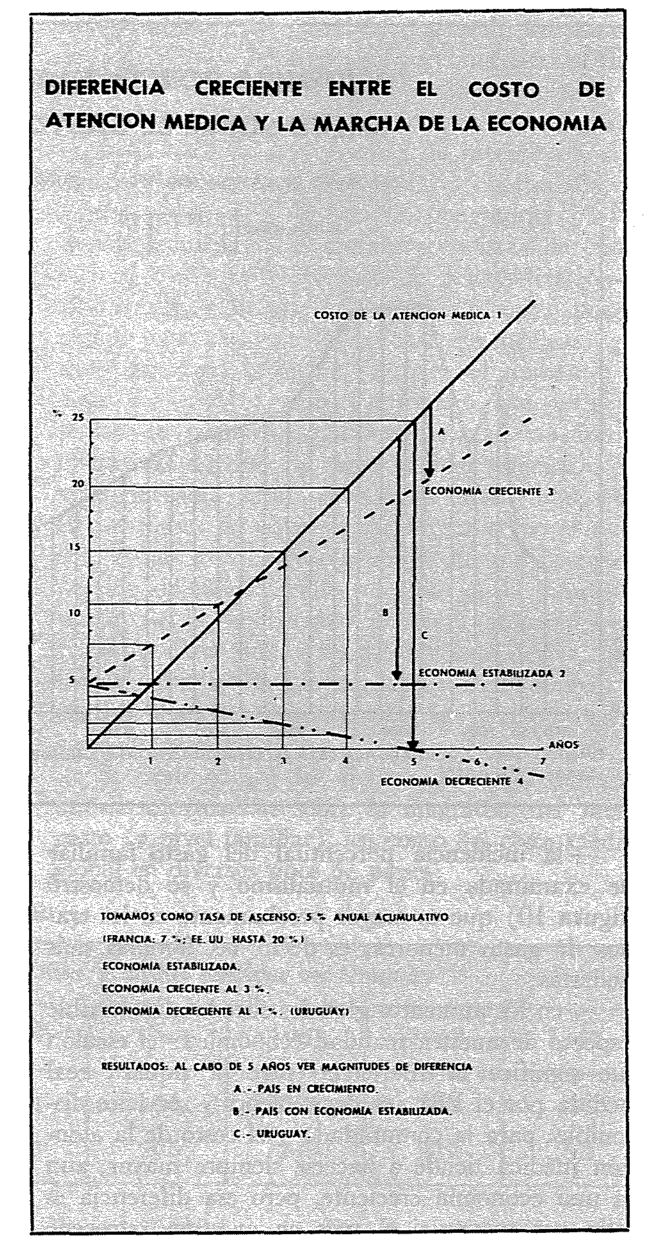
Los *caracteres de un Seguro Nacional de Salud* constituyen el esquema del modelo a lograr; éstos son:

1) Sus fundamentos doctrinarios tienen que seguir los principios enunciados de universalidad, continuidad e integralidad, así como sus principios coadyuvantes.

2) Serán sus fines cumplir con las funciones específicas de la salud a través de prestaciones de servicios médicos (asistencia médica en la enfermedad, accidentes o maternidad, asistencia odontológica, asistencia farmacéutica, de rehabilitación y reeducación, y asistencia preventiva) y de prestaciones de dinero en caso de enfermedad, accidente o maternidad; por la coordinación con los otros sectores, cumplirá las funciones inespecíficas sobre el medio ambiente.

3) Sus beneficiarios serán todos los habitantes de la República, sin distinción de su actual uso de servicios médicos, sean éstos públicos o privados. Sabemos bien que en una primera etapa, antes de la integración de todos los modos de prestación actuales, será necesaria una instancia de coordinación de todos los organismos ahora existentes, para llegar en secuencias posteriores, a la constitución de un Servicio Nacional de Salud, a través del pasaje progresivo desde aquellos organismos. En esas primeras etapas, los organismos actuales (mutualistas, por ejemplo) podrán seguir su funcionamiento coordinado con el Seguro, absorbiendo la cuota parte de beneficiarios y de recursos que les corresponda.

4) El gobierno del Seguro debe estar en manos de los técnicos de la salud y de la comunidad; el Estado, como gerente del bien común, coordinará y dará las normas técnico-administrativas, a través del MSP. La integración del Consejo Directivo Central se hará con representantes de los organismos médicos (gremiales y científicos, como



el Sindicato Médico, la Federación Médica del Interior y la Facultad de Medicina), de nurses y, eventualmente, estará representada por gremiales y sindicatos de trabajadores y de empresarios y por otros organismos intermedios si existen organizados (comisiones de fomento, consejos vecinales, etc.); este esquema se repetirá a nivel regional y a nivel local. Habrá un representante del Estado. Su director deberá ser un especialista en Salud Pública.

5) El Seguro será una institución autónoma de derecho público. Tenemos que defender con insistencia la autonomía del instituto respecto del poder político; aparte de las razones doctrinarias (desplazamiento del eje del problema hacia la comunidad), existen fundadas razones operativas: disminuir los riesgos de contaminación politiquera, tan frecuentes en los organismos estatales del sistema liberal-burgués. El Seguro será un organismo de los llamados intermedios entre el Estado y los particulares.

6) El Plan Nacional de Salud será el instrumento amalgamador del sector; el Seguro tendrá en dicho plan una importancia fundamental. La génesis y ejecución del plan —con el Seguro como uno de sus capítulos— deberán ser realizados por los técnicos en salud, pero también por la propia comunidad, tomando conciencia de que el trabajo en salud debe hacerse "en" y "con" la comunidad y no "para" ella.

7) Un postulado importante se refiere a la libre elección del técnico en salud por parte del paciente; creemos que esa conquista de la medicina liberal debe mantenerse donde sea posible, por varias razones:

— la primera tiene que ver con el acto médico en sí (acto médico en el sentido de acción desempeñada por el técnico, que en la mayoría de las veces es el médico), dada la situación tan particular que se crea en la relación médico-paciente (o técnico-paciente), que trasciende la esfera puramente técnica para irrumpir en aspectos psicológicos, culturales y hasta económico-sociales;

— la libre elección estimula al técnico en una función que adquiere todo el contenido humano de "lo no impuesto", con profundización del conocimiento del paciente y su medio, con los lógicos lazos del afecto y la seguridad que, como lo muestra la experiencia mundial, sólo redunda en beneficio del paciente;

— la libre elección facilita la atención en domicilio, absolutamente indispensable por hacerse en el medio natural del paciente, al tiempo que descentraliza el hospital y por tanto abarata los costos asistenciales.

8) El hospital será el natural centro de la comunidad, donde se integrarán todas las funciones de la salud; terminará así el divorcio actual entre organismos preventivos y asistenciales. Las áreas locales, integrando las regiones sanitarias, darán la necesaria descentralización ejecutiva.

9) Las recursos provendrán de los organismos que constituyan el Seguro (recordemos que la integración debe hacerse por etapas y gradualmente), así como de los que se arbitren por ley; en aquellas primeras etapas, la financiación deberá hacerse en forma tripartita (por Estado, trabajadores y empresario), tal como indican los convenios internacionales que el Uruguay ha firmado y aceptado desde 1924; pero deberán buscarse los caminos para que rápidamente se pase a la financiación por impuestos y gravámenes a los grupos sociales financieramente más poderosos, de modo que no incida sobre el consumo en forma directa. Para los recursos humanos, materiales e institucionales valen consideraciones similares.

10) Se buscará racionalizar la demanda de medicamentos, pero se incidirá en la oferta a través



Foto: A. M. Persichetti.

El caos actual en materia de medicamentos deberá ser subsanado mediante la intervención de un Servicio Nacional de Medicamentos.

de un aumento en la producción de este rubro en el país, y la creación de un formulario nacional. Un Servicio Nacional de Medicamentos, con la injerencia y gobierno prioritario de los técnicos de la salud de ese subsector (químico-farmacéuticos, químico-industriales, químico-biólogos), tendrá a su cargo, dentro del Seguro, la producción, control, el almacenamiento y la distribución de los medicamentos; tendrá a su cargo, también, las relaciones con las farmacias y laboratorios privados mien-

tras ambos no se hayan integrado al instituto.

11) El Seguro Nacional de Salud, finalmente, es sólo una parte de la seguridad social global; de ahí que en un próximo futuro deba formar parte de un gran Instituto Nacional de la Seguridad Social, también como organismo intermedio, autónomo, y que abarcará además el Servicio Nacional de Empleo, la Caja de Prestaciones Familiares y los organismos jubilatorios; un departamento técnico-administrativo parece necesario, con la imprescindible agilidad para recaudaciones, asignaciones y la coordinación en general. El gran peligro de un organismo de esta índole es un excesivo equipo burocrático, contra lo que se debe luchar mediante la descentralización y la participación popular en todos los niveles.

ANTECEDENTES

Los intentos realizados en el Uruguay en estas materias, pueden resumirse así:

1) El Estudio de Reorganización Administrativa del Ministerio de Salud Pública, conocido como "Informe Hall" (agosto de 1956), constituye, aun hoy, un magnífico documento de diagnóstico y de líneas de tratamiento a la situación. A lo largo de sus cuatro volúmenes toca todos los temas del proceso administrativo, desde los detalles de organización a los problemas de equipamiento, gastos, personal, etc. Por cierto que el Informe sigue descansando en los archivos del MSP; muy pocos técnicos y ejecutivos del Ministerio lo conocen y sus valiosísimas enseñanzas se incorporaron en ínfima parte.

2) Los intentos de planificación en salud fueron impulsados por muchos dirigentes políticos lúcidos; pero el problema implica toma de decisiones en los altos niveles, y las decisiones tienen que tomarse a la luz de las ideologías; y las ideologías hasta ahora dominantes en las esferas de gobierno en el Uruguay no han sido proclives a las soluciones de los problemas populares, sino al aprovechamiento de la credulidad y de la alienación colectivas, para obtener privilegios y prebendas para los grupos oligárquicos dominantes. Sin embargo debemos resaltar algunos trabajos serios que estimularon nuevos impulsos:

a) En la década de los años cuarenta se fundaron los primeros Centros de Salud, en el marco del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública; permitieron formar personal de alto nivel e iniciar acciones en los aspectos de la educación sanitaria, la prevención masiva de enfermedades, la higiene ambiental, el desarrollo de la estadística sanitaria, etc.

b) En 1954 se fundó el Programa de Salud Pública Rural, que implementó acciones eficaces y bien programadas en aquellos temas, además de lo relativo a salud materno-infantil, suministro de agua a las áreas rurales, etc., en los departamentos de Rivera, Tacuarembó, Artigas y Salto; el PSPR surgió por convenios con la OMS y UNICEF y contó con los conocimientos y la dirección de distinguidos técnicos entre los cuales es de señalar al Dr. Carlos Imaz, alma mater de aquel organismo, y a quien la salud pública del Uruguay tanto debe.

c) Los trabajos de higiene ambiental realizados por el Dr. Salón Veróssimo, iniciados en la ciudad de Rivera en la década de los cuarenta —acabado modelo de metodología— y que culminaron con la erradicación en el país del mosquito vector de la fiebre amarilla (Dr. J. López Fernández y su equipo).

d) La lucha contra la difteria, cuyo paladín fue el Dr. Leúnda, y que ha permitido eliminar en la práctica tan terrible flagelo, desde la década de los años treinta.

e) La campaña de vacunación antipoliomielítica realizada de julio a octubre de 1962, dirigida

por los Drs. Prof. E. Claveaux y M. Dicancro, que logró controlar la enfermedad en el país y formó conciencia de la importancia de las inmunizaciones.

f) En 1965, un acuerdo entre la Facultad de Medicina y el MSP creó un grupo de trabajo que comenzó a elaborar el Plan Nacional de Salud; para esa tarea fue congregado lo más selecto del país entre los expertos en estas materias, impulsados por la visión de quien era entonces subsecretario del MSP, el Dr. C. Migues Barón. Con motivo de las Primeras Jornadas de Planeamiento y Construcción de Hospitales, realizadas ese mismo año, sostuvo el Dr. Migues que "éste es el momento. . . de que el MSP cambie totalmente nuestra mente, no sólo en su estructura íntima, sino también en su política, en su dirección política general; los invitamos [. . .] a ponernos de acuerdo para adoptar un criterio único en lo que respecta a la modificación y a la transformación de las estructuras sanitarias". Y fue así: el equipo trabajó duro y bien, pidió sugerencias a la OMS, y dos ilustres chilenos —el Dr. F. Mardones Restat y el Ing. L. Fernández— trabajaron hombro con hombro con los uruguayos. Pero los eternos profesionales de la política barata hicieron que todo quedara en agua de borraja. . . ¡Otra vez más, y como siempre, problemas de ideologías y de estructura de poder! Una consecuencia positiva tuvo aquella magnífica tarea: el método del presupuesto por programa —que se sigue con más o menos éxito en el Ministerio— surgió y se implementó a partir de 1968, como resultado de los estudios hechos por el equipo.

g) Los esfuerzos del Dr. M. Cohen desde la División de Planeamiento, del Dr. Julio Jacubof desde la División Asistencia y del Sr. Carlos Ibarlucea desde la Oficina de Presupuesto, son otros tantos signos de la valía de nuestros técnicos, que luchan contra viento y marea para introducir normas, regular procedimientos y coordinar acciones.

Hemos sostenido incansablemente que la Salud Pública de nuestro país ha marchado, ha ido cumpliendo hasta ahora, por el esfuerzo denodado y anónimo de técnicos y funcionarios que, con mil problemas, muchas veces sin instrumental, en pésimos locales, con sueldos irrisorios, sin estímulos de sus superiores —y hasta con la persecución por algunos—, han dado de sí todo para asistir al enfermo, ayudarlo a mejor vivir o a bien morir, y siempre anteponiendo, a los intereses personales, la responsabilidad y el sentido fraterno.

h) Finalmente, queremos recordar el buen trabajo realizado por la Comisión Sanitaria Internacional Uruguayo-Brasileña, en la cual tuvimos el honor de actuar en secretaría, que durante los meses de junio y julio de 1967, después de la Reunión Sanitaria realizada en la ciudad de Rivera, con la presencia del Prof. Francisco Marques Pereira, Secretario de Salud del Estado de Río Grande del Sur y del Dr. Miguel Dicancro, Sub-Secretario de Salud Pública de nuestro país, estructuró las bases y principales etapas operativas para un trabajo conjunto sanitario uruguayo-brasileño. Mucho se ha hablado —y hasta se ha firmado un protocolo— pero, como suele ser harto frecuente, nada se ha hecho, y la frontera de ambos países sigue, especialmente por la inercia e inepcia del MSP, acumulando problemas de salud, de solución cada vez más difícil.

3) Las iniciativas concretas de Seguro de Salud abundan también en el Uruguay. Las últimas y más conocidas son la orientada por el Dr. Migues Barón, otra presentada por el ex-diputado Dr. Aquiles Lanza y la estructurada por el Sindicato Médico del Uruguay. Existen también numerosos anteproyectos impulsados por grupos de estudio; como el que asesoró a la Convención Nacional de Trabajadores con motivo de la Primera Asamblea Sindical

de la Salud (setiembre de 1967), o el que elaboró el documento sobre salud para el Primer Congreso de Técnicos Demócratas-Cristianos e Independientes (setiembre de 1966). En todos ellos se recogen las inquietudes de diferentes sectores y momentos de la actividad, en torno a estos temas. Señalaremos que la mayoría de ellos adolecen de una limitación importante: no establecen una estructura formal que ayude a la despolitización del Seguro, es decir, no ponen el acento en hacer organismos autónonos, organismos intermedios entre el Estado y los particulares.

Actualmente el Parlamento está estudiando una fórmula concreta y nos consta la inquietud de algunos legisladores ante las dificultades que se presentan para la creación de un organismo viable, pero que al mismo tiempo no incurra en errores de los que posteriormente podríamos lamentarnos (equipo de trabajo del diputado Humberto Ciganda).

LA MEDICINA SOCIALIZADA

La medicina socializada, es decir el sistema de prestaciones gratuitas a cargo del Estado, no puede ni debe instaurarse en un régimen capitalista. Tiene sentido cuando todas las actividades productivas principales están socializadas. De ahí que sea el producto de una evolución económica y social que integra el sector médico y todos los sectores sociales en una amplia red de acciones definidas por un plan imperativo de carácter nacional. Las dos experiencias mundiales mejor conocidas, la británica y la soviética, se fueron afianzando en países cuyo desarrollo económico fue la base de la excelente medicina que ambos prestan a sus poblaciones, y hoy podemos decir que, a pesar de sus diferencias y de los universos disímiles en que fueron aplicadas, permiten un nivel de salud creciente, paralelo y complementario de un nivel de vida cada vez mejor. El hecho de ser una medicina estatal, no parece haber ocasionado problemas, pues se trata de países no sólo con un gran adelanto en el nivel intelectual medio, sino también por el hecho de que los modos de vida son de más elevado tono social y comunitario, y donde el Estado cobra entonces el verdadero rostro de gerente del bien común.

En América Latina estamos lejos de una situación de medicina socializada, y es lógico que sea así; solamente Cuba puede exhibir con orgullo sus progresos médicos y su nivel de salud creciente, y tal como señala la Organización Mundial de la Salud, eso sucede desde 1959 para adelante, con la medicina socializada.

Una última reflexión: en el juego de la responsabilidad por su salud, el ser humano ha pasado de la preocupación individual al agrupamiento organizado voluntaria o involuntariamente; en forma parcial luego a los seguros nacionales, y avizora como objetivo una seguridad por su salud cuya permanencia no le provoque angustias. La complejidad creciente de las acciones médicas, en cuanto a tecnología y a trabajo en equipo, el aumento desmesurado de los costos y las mayores aspiraciones de los pueblos por un mejor nivel de salud y de vida, nos comprometen definitivamente a los que, de alguna manera, hemos puesto nuestra vida misma en el camino del ascenso humano. Pero mientras esa convicción no haga carne en amplios grupos humanos, mientras la mística del cambio siempre permanente y siempre ascendente no sea motivo de lucha y de desvelos en los más, la humanidad seguirá dando sus tumbos de marchas y contramarchas, a un precio absurdo de vidas, de dolor, de angustia, todo él evitables si no estuviera tan extendida la ceguera de quienes "ven y se quedan como si no vieran, oyen y se quedan sin entender, como si no oyeran", como dice el Evangelio.

CONCLUSIONES

Por razones de espacio no nos fue posible referirnos a los problemas de la medicina rural, de la salud oral, de la salud animal, como tampoco hacer un examen de los elementos conceptuales de la salud como tema genérico, ni de los problemas creados en torno a la producción y distribución de medicamentos. Pretendimos ofrecer un panorama sintético de lo que significa la salud para la vida humana y al tiempo mostrar las realidades del sector en el Uruguay, así como las posibilidades reales de una salida apropiada que permita avanzar al hombre en nuestro "aquí y ahora". Todas aquellas consideraciones nos llevan a concluir que:

1) La salud es un deber, pero sobre todo un derecho de los seres humanos, como individuos y como miembros de la sociedad.

2) La "cantidad de salud" individual y colectiva surge de un juego de equilibrio dinámico y permanente entre nuestro universo interno y nuestro universo externo —el ambiente—, marcando el sentido ecológico de tal situación de salud; la en-

fermedad aparece como una ruptura de dicho equilibrio.

3) La salud es una condición que interesa a todos los seres humanos como integrantes de un grupo, como sociedad, pues cada problema que suceda al hombre-individuo como al hombre-sociedad se gesta, crece y se desarrolla repercutiendo y detonando el ambiente todo; el valor puramente humano, así como el valor potencial, social, económico, político, etc., no pueden ser dilapidados torpemente.

4) El proceso de personalización-socialización es el eje por el que también transitan el pensamiento y la acción en salud.

5) La salud y el nivel de vida deben ser paralelos pues están en permanente interrelación.

6) El desarrollo integral armónico, y una vía no capitalista para este proceso, son el instrumento para obtener el crecimiento de los niveles de salud y de vida.

7) La situación de salud en el Uruguay revela un estancamiento en algunos niveles y un franco retroceso en otros, coincidiendo con el deterioro global de la vida del país.

8) El desnivel entre el costo de la atención médica y el crecimiento económico del país —en realidad su decrecimiento— aumenta año a año, creando tensiones crecientes.

9) Las prestaciones de asistencia médica han llegado a la saturación dentro de los márgenes de la medicina individualista, o aun dentro de diferentes sistemas de tono colectivo, pero en franco retroceso en razón de serios problemas de costos, cobertura o calidad de atención.

10) La crisis, estructural y de fondo y no de tipo coyuntural, se expresa en los dos sectores —público y privado— afectando tanto el nivel y la estructura de la salud como a sus factores condicionantes, con lo que se deduce que la solución a tan grave problema se inscribe dentro de una transformación profunda —de propósito y modo revolucionarios— que incluya a todos los sectores de la vida del país. La única salida ahora es un cambio ideológico-político que permita tomar decisiones de interés para las grandes mayorías, a través de un Seguro de Salud universal, continuo e integral, en el enfoco de un Plan de Salud dentro de una política de desarrollo armónico. Esto sólo podrá obtenerse mediante la coordinación y posterior integración de los diferentes organismos existentes en un instituto autónomo de derecho público, con el Estado —a través del M.S.P.— como regulador. La marcha ascendente hacia una sociedad nueva, con un hombre nuevo, a través de la superación del sistema socio-económico del capitalismo, determinará las nuevas formas de la organización médica, con la instauración de una medicina socializada como función a cumplir por toda la sociedad para consigo misma.

11) Es obvio que nada de esto se podrá comenzar si no se utiliza el instrumento de la planificación democrática, dentro de un plan de desarrollo integral armónico, en el que el propio pueblo tiene que ser actor preponderante, y que incluya a todos los sectores de la actividad nacional.

12) Finalmente, mientras estas realidades y estas concepciones no hagan carne en los más, el cambio demorará en comenzar, obligándonos a continuar en la absurda situación de vivir cada vez peor, de perder estúpidamente vidas humanas por enfermedades evitables, al tiempo de sumergirnos a todos inexorablemente —a escala mundial— en un círculo vicioso de dependencia y sumisión de los grandes centros de decisión situados fuera del país y con intereses contrarios a los nuestros.

BIBLIOGRAFIA

APLEY, J.: **Ecología de la infancia.** Boletín de la OPS, Nº 6, 1965.

BEHM, H.: **Mortalidad infantil y nivel de vida.** Universidad de Chile, Santiago 1962.

BROCKINGTON, F.: **La salud en el mundo.** Eudeba, Buenos Aires, 1964.

CARRIQUIRY, L. A.: **Campeones mundiales: quiste hidático.** "Marcha" Nº 1452, Montevideo, 1970.

CASTRO, Josué de: **Geopolitica da Fome.** Editôra Brasiliense. São Paulo, 1961.

DE HAAS, J. H.: **L'analyse de la mortinatalité et de la mortalité de l'enfant.** Courrier, CIE, París, 1958.

DELFINO, A.: **Desnutrición y leche.** Informe a la Sociedad de Pediatría del Uruguay, 1968.

DIRECCIÓN DE PLANEAMIENTO PRESUPUESTARIO (M. S. P.): **Resultados preliminares de la ejecución presupuestal del ejercicio 1968.** M. S. P., 1969.

ÉBOLE, O.: **Necesidad de profesionales en el sector salud.** Jorn. Médico-Sociales Nacion, Baln. Solís, Uruguay, 1967.

——————— y colaboradores: **La salud en función del desarrollo económico y social.** VIIIº Congreso Médico-Social Panamericano. Montevideo, 1964.

FIERRO VIGNOLI, P.: **La producción.** Nuestra Tierra Nº 30, 1969.

GALEANO, H.: **La economía uruguaya.** CENCADEC, Montevideo, 1970.

GAUDIANO, A.: **Estudio estadístico de las enfermedades diarreicas en el Uruguay.** M. S. P., Montevideo, Agosto 1965.

GRAVIOTO, J.: **La desnutrición proteicocalórica y el desarrollo psicobiológico del niño.** Boletín de la OPS, Nº 10, 1966.

HANLON, J.: **Principios de Administración Sanitaria.** La Prensa Médica Mexicana, México D. F., 1963.

JUVENTUD DEMÓCRATA CRISTIANA: **Manifiesto para una nueva generación.** Montevideo, 1966.

OPS/OMS: **Las condiciones de salud en las Américas: 1961-1964.** Pub. Científica Nº 138, 1966.

OPS/OMS: **El control de las enfermedades trasmisibles en el hombre.** Pub. Científica Nº 120, 1965.

PERALTA, B. L.: **Estado sanitario del departamento de Durazno,** en "DURAZNO" tomo 12 de la serie "Los Departamentos". Nuestra Tierra, Montevideo, 1970.

PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA RURAL: **Memoria anual,** M. S. P. Montevideo, 1968.

PRADERI, R. y VIVO, J.: **Ríos y lagunas.** Nuestra Tierra Nº 36, 1969.

RAMÓN-GUERRA, A.: **Morbilidad y mortalidad del niño de primera infancia hospitalizado.** Archivos de Pediatría del Uruguay: XXIII: 3 - Montevideo, 1952.

RIPA, J.: **Doctrina del hospital moderno.** Primeras Jornadas Uruguayas sobre Planeamiento y Construcción de Hospitales. Baln. Solís, 1965.

———————; VILLAR, H.; NOWINSKI, A.: **Doctrina, política y planeamiento en salud.** Jornadas Médico-Sociales Nacionales. Baln. Solís, 1967.

ROYOL, J. y col.: **Diarrea aguda infantil.** Presentado en la Soc. de Ped. del Uruguay, Montevideo, 1969.

RUOCCO, G.: **Mortalidad infantil en el Uruguay.** Arch. Ped. Uruguay: XXXVIII: 5 - Montevideo, 1967.

SONIS, A.: **Salud, medicina y desarrollo económico-social.** Eudeba, B. Aires, 1964.

SUESCÚN CAICEDO, F.: **Informe sobre la organización de servicios de atención médica, seguridad social y seguros de salud de la República O. del Uruguay.** M. S. P., 1968.

TALICE, R. y CHEBATAROFF, J.: **Geografía de la vida.** Nuestra Tierra Nº 40, Montevideo, 1969.

TERRA, J. P.: **La vivienda.** Nuestra Tierra Nº 38. Montevideo, 1969.

VIEL, B.: **La medicina socializada.** Ed. de la Universidad de Chile. Santiago, 1964.

COMPLETE SU COLECCION

COLECCION "LOS DEPARTAMENTOS"

1 SAN JOSE
Coordinador: Héctor Raúl Olazábal.

2 FLORES
Coordinadora: Ana María Fagalde.

3 RIVERA
Coordinadores: Lilión Simoes, Julio Cairello, Arturo Pereira, Mario Tito.

4 TREINTA Y TRES
Coordinador: Florencio G. Clavijo.

5 LAVALLEJA
Coordinador: Pedro Gomila.

6 FLORIDA
Coordinador: Hugo Riva.

7 SORIANO
Coordinador: Glauco Cabrera.

8 SALTO
Coordinador: Augusto Büsch.

9 RIO NEGRO
Coordinadoras: Nilda Inderkum de Crevoisier y María L. Indarte de Iturbide.

10 ROCHA
Coordinador: Alberto Pezzutto.

11 PAYSANDU
Coordinador: Oscar N. Vignola.

12 DURAZNO
Coordinador: Enrique Williman.

13 MALDONADO
Coordinador: Gustavo Sosa.

14 COLONIA
Coordinador: Miguel Ángel Odriozola.

15 TACUAREMBO
Coordinador: Dardo Ramos.

16 CANELONES
Coordinadora: Alba Niemann de Legnar

17 ARTIGAS
Coordinador: Aníbal Alves.

18 CERRO LARGO
Coordinadores: María S. Navarrete de Lucas y Ramón Ángel Viñoles.

Precio de venta al público, sujeto a modificación de acuerdo con la ley Nº 13720 de 16 de diciembre de 1968 (COPRIN): $ 210.00.

ANUNCIAMOS UNA NUEVA SERIE: "MONTEVIDEO"

Consecuente con su propósito de ofrecer al lector los más valiosos elementos de juicio para un cabal conocimiento de la realidad uruguaya, la editorial "Nuestra Tierra" anuncia que está preparando la publicación de una serie de 10 volúmenes dedicados al departamento de Montevideo. La colección está estructurada en torno a cuatro grandes centros temáticos: el aspecto histórico, el testimonial, el panorámico y el sociológico. Cada trabajo tendrá la autoría de prestigiosos especialistas y contendrá una valiosa y cuidada información gráfica. La serie "Montevideo" aparecerá a partir del mes de abril de 1971; ya estamos trabajando en ella para retribuir, con lo mejor de nuestro esfuerzo, la adhesión del público uruguayo.

1. EL URUGUAY INDÍGENA
Renzo Pi Hugarte
2. EL BORDE DEL MAR
Miguel A. Klappenbach
Víctor Scarabino
3. RELIEVE Y COSTAS
Jorge Chebataroff
4. EL MOVIMIENTO SINDICAL
Germán D'Elía
5. MAMÍFEROS AUTÓCTONOS
Rodolfo V. Talice
6. IDEAS Y FORMAS EN LA ARQUITECTURA NACIONAL
Aurelio Lucchini
7. EL SISTEMA EDUCATIVO Y LA SITUACIÓN NACIONAL
Mario H. Otero
8. TIEMPO Y CLIMA
Sebastián Vieira
9. IDEOLOGÍAS POLÍTICAS Y FILOSOFÍA
Jesús C. Guiral
10. RECURSOS MINERALES DEL URUGUAY
Jorge Bossi
11. ANFIBIOS Y REPTILES
M. A. Klappenbach y
B. Orejas-Miranda
12. TIPOS HUMANOS DEL CAMPO Y LA CIUDAD
Daniel Vidart
13. AVES DEL URUGUAY
Juan P. Cuello
14. LA SOCIEDAD URBANA
Horácio Martorelli
15. INSECTOS Y ARÁCNIDOS
Carlos S. Carbonell
16. LA SOCIEDAD RURAL
Germán Wettstein - Juan Rudolf
17. EL DESARROLLO AGROPECUARIO
Antonio Pérez García
18. SUELOS DEL URUGUAY
Enrique Marchesi y Artigas Durán
19. HIERBAS DEL URUGUAY
Osvaldo del Puerto
20. COMERCIO INTERNACIONAL Y PROBLEMAS MONETARIOS
Samuel Lichtensztejn

EL TURISMO EN EL URUGUAY
Volumen extra

21. EL SECTOR INDUSTRIAL
Juan J. Anichini
22. FÚTBOL: MITO Y REALIDAD
Franklin Morales
23. PECES DEL URUGUAY
Raúl Vaz-Ferreira
24. EL LENGUAJE DE LOS URUGUAYOS
Horacio de Marsilio
25. MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN
Roque Faraone
26. LA CRISIS ECONÓMICA
Instituto de Economía
27. ÁRBOLES Y ARBUSTOS
Atilio Lombardo
28. LA PRADERA
Esteban F. Campal
29. EL LEGADO DE LOS INMIGRANTES - I
Renzo Pi Hugarte y Daniel Vidart
30. LA PRODUCCIÓN
Pablo Fierro Vignoli
31. PLANTAS MEDICINALES
Blanca A. de Maffei
32. LA ECONOMÍA DEL URUGUAY EN EL SIGLO XIX
W. Reyes Abadie y
José C. Williman (h.)
33. HACIA UNA GEOGRAFÍA REGIONAL
Asociación de Profesores de Geografía
34. LA CLASE DIRIGENTE
Carlos Real de Azúa
35. LAS CORRIENTES RELIGIOSAS
Alberto Methol Ferré
36. RÍOS Y LAGUNAS
Raúl Praderi y Jorge Vivo
37. PLANTAS ORNAMENTALES
Eduardo Marchesi
38. LA VIVIENDA
Juan P. Terra
39. EL LEGADO DE LOS INMIGRANTES - II
Daniel Vidart y Renzo Pi Hugarte
40. GEOGRAFÍA DE LA VIDA
Rodolfo V. Talice y Jorge Chebataroff
41. LOS TRANSPORTES - I
Luis Marmouget
42. FRONTERA Y LÍMITES
Enrique Mena Segarra
43. LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
José L. Morador
44. POLÍTICA Y SOCIEDAD
Antonio Pérez García
45. LA CONSERVACIÓN DE LA FAUNA
Raúl Vaz-Ferreira
46. LA CULTURA NACIONAL COMO PROBLEMA
Mario Sambarino
47. PERSPECTIVAS PARA UN PAÍS EN CRISIS
Luis Faroppa
48. LA SALUD EN EL URUGUAY
José Royol

Precio de venta al público, sujeto a modificación de acuerdo con la ley Nº 13.720, del 16 de diciembre de 1968 (COPRIN); $ 160.—